

日本病院会雑誌 病院学 2004年11月号

目次

巻頭言：	奈良 昌治	3
グラフ：第54回 日本病院学会		5

〔第54回 日本病院学会〕

シンポジウム「日本の病院医療を考える」	(座長) 行天 良雄	12
(1)自治体病院からの提言	小山田 恵	13
(2)全日病と四病協の活動	佐々 英達	15
(3)医療法人制度改革に取り組む	豊田 堯	17
(4)日本精神科病院協会と四病協の活動	鮫島 健	19
(5)地域医療における役割と医療制度	武田 隆男	22
(6)医療改革を考える	植松 治雄	24
(7)討論		26
記念講演「冒険の心」	三浦 雄一郎	38
特別講演「医療における『愛』」	阿部 志郎	52
特別講演「医療制度改革の目指すもの」	松田 朗	60
特別講演「ロボットの臨床応用の現状と将来」	藤江 正克	78
シンポジウム「中小病院の歩むべき道」	(座長) 福田 浩三	106
(1)新・牧病院の取り組み	牧 恭彦	107
(2)地域・病・病連携	渡辺 嘉久	115
(3)病床数縮小, オーダリングシステム, 機能評価認定と病院の経営	品田 章二	120
(4)討論		125
第54回日本病院学会一般演題分類区分・プログラム		136

病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報」巻頭言	中村 洋一	158
--------------------------------	-------	-----

〔一番町だより〕

平成16年度第5回常任理事会 議事抄録(平成16年8月25日)		160
〔お知らせ〕 感染症対策委員会からのお知らせ		169
診療情報管理課程通信教育第66期生の募集について		170



医療に市場原理を持ち込むことの危惧。 医療や介護は宝の山ではない

猛暑の続いていたお盆明けの8月17日、読売新聞朝刊の記事に「厚生労働省は8月16日、2003年度の『医療費の動向』調査結果を発表した。受診者の自己負担分を含む医療保険と公費で支払われた概算医療費は高齢者の医療費が大きく伸びたため前年度比2.1%増の30兆8000億円で過去最高となった。サラリーマン本人の自己負担割合が2003年度から3割に引き上げられたことに伴い、サラリーマン本人の医療費は前年度比で5.2%減少した。一方、高齢者（70歳以上と寝たきりの65歳以上）の医療費は前年度より4.7%増え12兆3000億円となり初めて12兆円台を突破した。1人当たりの医療費は全体で1.9%増の24万1000円となった。高齢者は0.9%増の73万7000円、サラリーマン本人は4.1%減の12万6000円だった。……医療機関別の医療費は、医科の大病院が3.5%増加したのに対し、個人病院では10.2%減少しており患者が大病院に集まる傾向がみられた。……」と報道し

た。われわれ医療担当者には医療にも遂に本格的な冬の季節が来た事実を示す背筋が寒くなる記事であった。

1998年に医療費が29兆8000億に達したとき、年1兆円ずつ増加すると報道されたが、その後5年で1兆円の増加にとどまっている。医療費の抑えこみが効果を上げたというが、急速に高齢社会が進行しているわが国で、国民の立場から見て本当に良い政策だろうか？

私の専門の脳卒中を例にとると、昔ほとんどが死亡した病が医療の進歩で必ずしも死の病でなくなり、1週間で死亡した患者が3年間生き延びると、医療費は150倍かかることは小学生でも簡単に計算できる。命が助かったから長寿社会になったのに金がかかると問題にするのは戴けない。「人の命は地球より重い」と言われた総理がいた日本である。人すべて平等で地位・貧富で命を区別すべきものでない。国民皆保険の医療は世界一公平・平等で国民医療水準

も世界一、その成果が20年近く世界一の平均寿命を維持し続けたのである。しかし近年、中高年の自殺者が急増し昨年の自殺者数は3万4427人に達した。自殺者が3万人を越す国は世界中にない。原因の多くはリストラや倒産などの経済的理由とがんなど病気の告知であるという。純情な若者の失恋自殺などは遠い昔話になってしまった。

政府は経済指標は大企業を中心に景気が上向いたというが、小生は栃木県のメインバンクであった足利銀行の破綻事件を眼のあたりにして「株主責任」を取らされた中小企業の悲惨な実態を見て弱肉強食の市場原理が生んだ敗者がまことに気の毒でならない。

医療費の自己負担が大幅増になり医療費の伸びを抑える効果があったというが、一方でサプリメント業界は売り上げが鰻登りで笑いが止まらないようだ。ビタミン剤から「抗がん茸」など毎日のように新聞の全面広告が見られ、また「イイナ・イイナ」や「ハイレマス」という外資系の医療保険の広告を見ない日はない。医療費抑制策がこれらの業界を活性化していることは間違いないようだ。われわれ医療人は、病人、怪我人、高齢者などを癒す^{プロフェッション}聖職者として、金力主義を医療分野にまで持ち込んだ商業

主義の世の中に心が痛む。今強者であっても『娑羅双樹の花の色、盛者必衰の理をあらわす。奢れる人も久しからず』。人はやがて年老い、病を得るのが自然の摂理である。優良大企業に籍を置いているサラリーマンも何日かは定年になり政管健保や国保に移る時期が来る。敗戦の焼野原から立ち上がり、食うものも食わず「兎小屋にすむ働き蜂」と椰揄されながら、日本を経済大国に築き上げた世代が高齢者や病人を^{おぼすて}娑捨山に連れて行くと罰が当たるかもしれない。日本人は農耕民族で、助け合いを美徳としてきたが、いつの間に狩猟民族の競争原理、弱肉強食の国になってしまった。文化勲章受賞者、東京大学名誉教授、宇沢弘文氏は「医療という人間の崇高な営みに市場原理、競争原理は馴染まない」と言っている。グローバル・スタンダードが何であろうと、世界最高の健康寿命を達成した日本の医療は世界の模範である。しかし無慈悲な競争がモラルの低下を招き、その犠牲者が文明国最多の自殺者を生み、昨年まで世界最高の男子の平均寿命を第3位に引きずり下ろしたのはだれの責任なのか？ われわれは国民（やがて患者になる予備軍）とともに考え、厳しく監視していかなければならない。

第54回 日本病院学会



「健康社会，愛と信頼の病院をめざして」～みなと未来からの提言～を学会テーマに掲げた第54回日本病院学会は，横浜国際平和会議場〈パシフィコ横浜〉にて，平成16年7月2日～3日の2日間開催された。延べ5,500人の参加者を集め，一般演題は486の出題があり活発な討論が行われた。



挨拶の土屋章学会長（左）と武田隆男副会長（右）



開会式にご出席
の来賓の方々



今学会の役員



会場となったパシ
フィコ横浜（横浜
国際平和会議場）
会議センター



シンポジウム「日本の病院医療を考える」
～日本医師会会長と病院団体トップ5人が語る～



各会場で、多くの発言があり、活発な討論が行われた



シンポジウム「中小病院の歩むべき道」
～輝く病院づくりのために～



シンポジウム「アジアにおける病院の苦悩とその対策」



シンポジウム「インターネット時代の病院」～ITを活用した新たな挑戦～



シンポジウム「病院マネジメント最前線」～事務管理者からの提言～



市民公開講座「人生80年時代を生きる」
講師の聖路加国際病院理事長・日野原重明氏と熱心に聞き入る聴衆の皆さん

第53回学会（大
阪）における優
秀・優良演題の
表彰が行われた



フォーラム「病院機能の選択と診療報酬改定の評価」～機能分化と連携に成功する病院の意志決定を探る～



学会初日夕刻にはインター
コンチネンタルホテル・ポ
ールルームを会場にして、
「医療人の集い」が行われた



閉会式での次期学会長の挨拶。上飯田第二病院名誉院長・福田浩三氏



シンポジウム

〈平成16年7月・横浜市〉

日本の病院医療を考える

～日本医師会会長と病院団体トップ5人が語る～

社団法人全国自治体病院協議会 会長

小山田 恵

社団法人全日本病院協会 会長

佐々 英達

社団法人日本医療法人協会 会長

豊田 堯

社団法人日本精神科病院協会 会長

鮫島 健

社団法人日本病院会 副会長

武田 隆男

日本医師会 会長

植松 治雄

座長：医事評論家

行天 良雄

座長 お忙しいなか、諸先生、ありがとうございます。「日本の病院医療を考える」というシンポジウムをこれから150分ほどさせていただきますと考えております。

病院は今まで病院だけの集まりというのが中心だったのですけれども、今回は医師会長が新しくお替わりになりましたし、また医療の環境も非常に激しく変わったものですから、ぜひこの機会に日本医師会、それから病院団体のトップの先生の方々にざっくばらんにお話ししていただければ、実にこれからの日本にとっても意味があるだろうという土屋会長の強いお考えで、諸先生にご無理をお願いしてございます。

これから順々にお話をうかがってまいりますけれども、とりあえず私がここで考えておりますのは、今、それこそ毎日のように病院ならびに日本の医療全体にいろいろなことが言われており、なかなかマイナス的な報道もけっこうございますし、どうも建設的と申しますか、これから先どうなるかということに対する大きな夢を描けるよう

なことがほとんどございません。各先生方にお話をうかがいますと、「夢を描けと言われたって、夢なんてとても描けないじゃないか」と、それくらいいろいろな意味で狭まってくるし、また締めつけられてくるし、先行きが暗いのではないかと、そのようなご意見、お考えなどもうかがう機会が増えてまいりました。

そこで、実は全く逆のことをちょっと申しますが、諸先生もご存じのとおり、現在、医師の卒後2年間の研修の義務化がすでに動いております。この4月から新卒の方たちが、ご自分で選んだ病院で指導研修をお受けになっているわけですが、その方たちの要望・希望というものをアレンジする役を私が仰せつかりまして、約半年以上でございまして今年4月から入られた方たちを中心にして非常にこまかい具体的な相談なり悩み、お考えというものをうかがう機会がございました。私は実はものすごくそれで安心いたしましたですね、ある意味ではこれから先の日本の医療というのはこの方たちが新しい日本の医療構

造をつくっていく担い手になるわけだから、まず問題はないと。現在いろいろなことがゴタゴタ起こっているけれども、これが何らかのかたちで新しい方向を見いだして大きな流れになって動いていったときに、新しい医師たちが医師像というものを中心にして今まで築かれたものにちゃんと大きく応用をかけ、かつ、良い面を加速するかたちで動いていけるのではないかと、ある意味では大変安心しましたし、またうれしく感じたわけでございます。

今日の運行でございますけれども、初めに申しましたように、植松先生が大変お忙しいときに、こういう大事な問題で日本の医療というものを病院の方たちとも、また会場にお出でになった方たちとも考えてみたいとのご希望、お考えを述べてくださいましたので、スケジュールが少々変わりました。これから10分間ほど、各代表の先生方に自分のところで今いちばん問題になっているのは何なのかと、組織の問題なのか、医師の問題なのか、あるいは運営の問題、今後の方向づけの問題なのかということでお話をいただきまして、そしてそのあと、植松先生にそれにお答えいただくと同時に、残り50分間に、たぶん諸先生方も今いちばんこれが自分としては聞きたいし、問題にしている、ということあらためて討論いただきたいと考えております。お話いただきます順番でございますけれども、右側にいらっしゃる、このとおりの順番で進めさせていただきます。まず自治体病院のほうの代表でいらっしゃる小山田先生からよろしく願いいたします。

①自治体病院からの提言

小山田 恵

ご紹介いただきました自治体病院協議会会長の小山田でございます。今、日本の病院医療のかかえる課題と、それに対応する基本的な姿勢につきましては病院、各団体とも基本的には変わらないと思っておりますが、そのなかで私ども自治体病院だけが持つ特性と、その責務という立場からお話させていただきたいと思っております。

私たち自治体病院といえますのは、民間がやらない、民間病院ができない、しかしその地域に絶対必要だということでその住民に責任を持つ自治体の長が議会の議を得てつくった病院ですから、その病院は私ども病院長、ならびに病院職員のものではありません。第2の特性は利益を優先にせず、患者本意の地域住民のための医療を行うということです。私どもはそのような厳しい制約を受けながらやっておりますが、とかく公務員という身分があり、経営という面ではおろそかになっている部分が指摘されますが、それも私どもは甘んじなければならぬことだと思っております。

そのなかで、民間が次々とやめていかれる分野を私ども自治体病院が担い、それがまた財政的負担となっている分野もかなりあります。その例を2つお話をさせていただきますが、1つは小児医療です。この10年間に、民間病院から入院患者がなくなった病院が672あります。今、日本全体の小児入院ベッドは3万6,000床ありますが、その中で民間は9.2%しかありません。残りの91%は国公立病院です。私ども自治体病院は36%の病床をかかえ、毎日当直をしながら運営しています。

第2は精神科医療です。私ども自治体病院が持つ精神科病床は非常に少なく、全体の6.7%にしか過ぎませんが、経営の面から見ますとほとんどの病院が一般会計から、地方公営企業法という法律のもと、かなり多く入っているのにもかかわらず経営状況は悪い。一方、民間の精神科病院は、

ほとんどが黒字経営です。経営が悪くなれば倒産、あるいは病院を閉鎖しなければならないという事情はよく分かりますけれども、それでは私ども自治体病院がなぜ軒なみに経営が厳しいのでしょうか。

急性期、重症、あるいは意識喪失中に他人に重大な危害を与えた犯罪者に対する精神的な診断・治療などについて、私ども自治体病院のかかる負担が多くなってきています。人手もかかる、人件費が高くなるということで経営が悪くなっているわけです。また、平均在院日数というのがございますが、昨年の民間の精神病院の平均在院日数は388日です。これに対して私ども自治体病院、172日です。実はこれでも長いです。

なぜ一般疾患の患者のようにもっと短くならないのでしょうか。これにはいろいろな理由がございますが、まず一般疾患の患者さんの入院費用の2分の1しか診療報酬が支払われていないのです。精神科の患者にも一般の患者さんと同じような人権があるはずですが、なぜ精神病院に入院している患者さんに一般疾患の2分の1しか支払わないのでしょうか。一にかかって、診療報酬体系がそのようにつくられているからです。その診療報酬を決める中医協。今いろいろなところで騒がれておりますが、そこに問題があります。私どもは診療をしておりますけれども、経営者ではありません。この病院に入ってくる診療費用が多くなったからといって病院長や職員の給与を上げることはありません。

公正、公平な立場から、どのような設定をすれば小児医療が私どものところだけではなく民間でもできるか、精神科についても民間でも十分にできる、そういった診療報酬体系が必要だということで、公正な立場で私ども自治体病院協議会の代表を1人、中医協に送ってもらえば、こうしたことは解消するというのを私は一貫してこれまで国に要求してまいりました。

次は医師の不足です。昨年春から次々と起こってまいりました大学からの引き揚げ、これは私ども自治体病院だけではありません。しかし、今緊

急に必要なのはどうしても必要な医療機関、特に山間、僻地、離島といったところで民間の機関がない地域の医師が引き揚げられますと、そうした絶対に必要な地域での医療の崩壊につながります。これはなぜか。大学による人事支配、自治体病院の医師人事の90%が大学医局によって決められていたという事実。これは裏を返せば、私ども自治体、ならびに自治体病院が医師の人事権をすべて大学に依存していたということにあったのでありまして、今そのために大変苦しんでおるのであります。この問題については私どもは、今いろいろな委員会、あるいは国の力も借りまして、そのような問題の解決には県単位で医師を採用し、そして人事の交流によってそうした地理的に恵まれない地域にも勤務させ、さらにそれらの医師に対して満足な生涯生活設計ができるような環境づくりを考えております。

さらにまた、それを進めるためには、従来のような病院形態のあり方ではどうしても必要な地域の医療を確保することができない。そのためには病院形態の変革が必要で、私はその地域における自治体病院の集団化を主張しております。

そのようなことによって、自治体病院がどのような辺鄙なところであってもこれまでと同じように維持し、また発展させることが必要だと考えている次第です。何とぞご理解ご支援をお願いして私の発言を終わります。

座長 ありがとうございます。今のお話のなかで小児科、精神科。これはもう皆さま方、身に染みて、しかも日常のメディアそのほかでも取り上げられていることですが、実はその医師の引き揚げの問題といいますのは、私が最初に話させていただきました2年間の研修の義務化が、あままで基幹病院そのほかに集中するとは思っていなかったものですから、良かった良かったと思ったところが、各地続々と肝心の大学の医局に人が集まらなくなり、かつ、不足してきたため、非常に激しい引き揚げというものを行った結果、小山田先生がお触れになったように、実際問題とし

ては随分お困りになっているだろうと思いますので、また後ほど、その問題は先生からもあらためてもう一度うかがいたいと思っております。

それでは次の方でございますけれども、全日本病院協会の会長でいらっしゃる佐々英達先生、よろしく願いいたします。

②全日病と四病協の活動

佐々 英達

全日本病院協会会長の佐々でございます。冒頭、座長の行天先生から団体の説明とかそういうのは抜きにしてという話がありましたので、講演集の118ページに全日本病院協会はどういう協会であるかということが書いてありますので、一読いただければありがたいと思います。ただ1つ、この全日本病院協会というのは民間病院の経営者の団体という立場でございます。ここがほかのいくつかの協会と少し違うところかもしれません。それから今日は四病院団体協議会のそれぞれの会長が4名そろっておりますけれども、まず私が皮切りになりますので四病院団体について、お話ししておきたいと思います。

従来、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会で構成されておりました民間病院連絡協議会、略して民病協とっておりましたものがございました。これがちょうど4年前の平成12年の7月に日本病院会も加盟していただきまして、四病院団体協議会、略して四病協が結成されたものです。ここではいろいろな委員会、あるいは総合部会とって会長・副会長の集まる会というのが開かれておまして、共同の調査などを行い、活発な議論を行って共同の提案、提言、要望などを出しております。そういうことで行政などにも、以前に比べて病院団体の意見というものが重視されるようになってきているということがございます。

それから日本医師会との関係についてですけれども、従来は日本医師会と突っこんだ意見交換をする場というようなものがほとんどございませんでした。しかし植松執行部になりましてから病院に対して深い理解を示されて、日本医師会の病院担当の副会長、及び2名の常任理事と四病協の各団体の会長、副会長が定期的に情報交換、意見交換の場を持つことになりました。正式な名称はま

だ決まっておりますけれども、原則として隔月に開催され、この7月に第1回が開催される運びになっております。国民により良い医療を提供していくためには、日本医師会と病院団体との連携は欠かせないものですので、連携が今後ますます深まるものとして皆さまにも期待していただきたいと思っております。

それから、全日病の会員が今困っていることあるいは関心が深いことですが、これは全日病会員の病院に限られませんけれども、非常に運営が困難になり、経営はますます悪化しているという状態で、これをどう乗りきっていくかということです。運営の困難性が増えてきたというのは先ほどお話がありましたように、大学への医師の引き揚げ、あるいは引き剥がしと言われますが、これで民間病院のドクター不足が非常に深刻になっております。東北、北海道はまさにその最たるものでありますが、それだけでなく全国的に不足している。看護師も不足している。ということで、こういう状態でいかに質の高い、患者さんに安心していただける医療を続けていくかということに苦心しているところです。

それから先ほど小山田先生から自治体病院のあり方についてお話がございましたが、民間病院でも、地域に欠かせない医療であるからということで不採算部門を行っているところは数多くございます。例えば自分の例を出して申しわけありませんが、私どもの病院は220床ほどの病院ですが、4人の小児科医をかかえて365日24時間の診療を行っております。これはやはりかなり経営にも厳しい状態、厳しい影響を与えることになっていきます。それともう1つ、公私格差ということがよく言われますけれども、公でなければできない、僻地医療なんていうのはその最たるものですが、それはもう公にやっていただくしかないと思います。そういうところには当然、一般会計からの繰入金等の補助金が必要です。

ただ問題なのは、特に都市部においては民間病院でできる医療を公立病院、国立病院が行っている。その重なった部分にも一般会計の繰入が入っ

ている状況です。いわゆる政策医療として入れているといわれておりますけれど、実際にその繰入金は何のために使われたのかは全く表に出てきておりません。そういうことで公私というような設立主体に関係なく、どうしてもその地域に必要で不採算な医療には補助金が出てしかるべきだと思います。またあとのほうで、いろいろお話が出てからその議論のなかに入りたいと思います。一応これで終わらせていただきます。

座長 ありがとうございます。今、佐々先生もちょっとお触れになりましたように、どうしても公私という問題、特にお金の大もとの動きの問題、政策医療的な問題と一般医療との問題をご指摘くださって大変困っていると。これが全体の動向なのか、あるいは部分動向なのかについては先ほどの小山田先生のお考えとは違っている面もございまして、後ほどその問題でご意見をおうかがいできればと思っております。

それでは3人目の方でございます。日本医療法人協会の会長をしていらっしゃる豊田堯先生、どうぞよろしく願いいたします。

③医療法人制度改革に取り組む

豊田 堯

日本医療法人協会の会長を務めております豊田でございます。私のほうははじめに日本医療法人協会の活動についてお話を申しあげ、ついで今後の国民医療についての考え方を述べさせていただきたいと思っております。わが国の医療法人制度というのは昭和25年、もう50年も前ですけれども、当時の民間医療機関に法人格を与え、資金調達を容易にして経営の安定を図るといった目的を持ってつくられた制度です。しかしながら、できた法人制度というのは実は民法の34条で定められております公益法人でもなければ営利法人でもない、いわゆる中間法人という非常にあいまいな制度でした。そのため、税制面では株式会社と同じに扱われており、医の倫理に従い公益的な仕事をしているのに、という不満が現場からはわき上がっております。当協会はそのような医療法人制度にかかわる諸問題に取り組むため、医療法人制度ができた次の年にできておりますが、これは医療法人を経営する経営者の協会です。

現在、日本の医療提供体制のなかで医療法人が経営する病院は病院数の60%、全病床数の40%を数えております。そのように国民医療に中核的な役割りを果たしているわけですが、この医療法人制度ができましたとき、当時の厚生省が作りましたモデル定款というのがございます。大半の医療法人はそれに準拠して定款をつくっているわけですが、そのなかに重大な不備がございまして、そのことが50年経った今、非常に大きな問題になりまして、制度や定款そのものが医療法人の経営と安定を危うくするとか、裁判沙汰が起きるといった状況を露呈しております。

また、さらに近年、医療経営に対する株式会社の参入の要求が非常に強まっておりますが、私どもの協会では医療法人の制度改革は非営利性、あるいは公益性を向上させるスタンスで改革をする

ということで行ってまいりました。最近の事例ですと、例えば特別医療法人、あるいは特定医療法人の要件の緩和。要件の緩和というのは、できるだけ多くの法人にこういった公益性の高い医療法人制度を利用していただきたいということでありまして、つい先ほど整理されました出資額限度法人の問題でございます。そういったことで医療をより公益性を高め、非営利性を徹底するというかたちで改革に取り組んでおります。

次に今後の国民医療についての考え方を述べさせていただきます。わが国の医療制度が国民の健康に対するセーフティネットとして機能するためには、次の3つは絶対に欠くことができないというふうに考えます。1つは医療保険である国民皆保険制度、これは絶対に堅持しなければならない。2番目に、国民が簡単にアクセスできる医療機関が各地に存在し、きちんと整備されていなければならないということ。それから3番目にそういった医療機関のなかで、安全で良質な医療が提供されていることが必要なわけです。

実はこの1番目の国民皆保険の堅持ということですが、皆さんご存じのように昨今、株式会社の参入要求、混合診療の解禁、それから公的医療保険の守備範囲の縮小といった要求が出ております。これらは3点セットでありまして、これをもし許せばどういう結果になるかと申し上げますと、医療の現場に所得格差が生じて、ごく一握りの人たちが非常に快適な医療を受けることができる可能性はあります。しかしながら、一方では医療を受けられないという層が出てくることとなります。したがって国民皆保険の崩壊とともに日本は何十年も昔にあと戻りする、そういった危機に現在さらされているという状況がございまして、

それから2番目の国民が簡単にアクセスできる医療機関の整備ですが、すでに日本の国内には多くの医療機関が整備されております。しかし、それぞれが独自ですべて完結している病院もありますし、なかなか国民にはその内容が見えません。これからは病診連携の時代だと思っておりますし、そのためには各医療機関が自分の医療機関の機能を明

確にして、それぞれの地域で連携を図っていくとかたちを各地域で構築していく必要があるかと思えます。

これは役所をお願いするのではなく、地域で医師会、それから病院団体が協力しながらやっていくという作業になるかと思えます。その過程において病院ではやはり入院機能の強化が必要です、救急体制の強化も必要です。まあ医療というのは救急が本命でございませうけれども、こういったことに対しても病院はさらに充実していくと。先ほど小児科の話が出ましたが、医師の少ないところ、あるいは少ない科では、少ない数の先生方が救急にあたって大変な思いをされています。こういったことに対しては地域の医師会と病院が協力して拠点病院をつくって、そこで勤務する先生方は医師会の先生、要するに診療所の先生方も病院の先生方も一緒になって地域を守っていく。こういうかたちを考えないと、なかなか医師の足りないところではこれからの救急に対応できないと考えます。

それから安全で良質な医療の提供ですけれども、安全な医療ということになりますと、これは日々仕事に携わる人間が絶えず緊張感を持って仕事をし、またそれぞれの医療機関が組織的にそれをサポートするということが欠かすことができないわけです。今日、特に申し上げたいのは、やはり安全の確保、それから良質な医療を提供するということには、人やいろいろなものが必要になって、これは費用のかかる問題です。したがって、診療報酬の問題を避けてこの議論はできないと考えております。

診療報酬の問題は、毎回2年ごとにハラハラしている状況ですけれども、私たち病院といたしましてもぜひこれだけは聞いてもらいたいという問題があります。今回、いろいろな問題が生じて中医協の問題が話題になっておりますが、私どもは、従来から中医協に対して病院の代表をぜひ入れていただきたいと願ってまいりましたし、今回改正が行われるとすればぜひ病院代表を入れたい。

そういった点で今日は日本医師会会長の植松先

生がお出でになっておられますので、どうかご理解とご支援をお願いしたいと思います。いずれにせよ私どもは日医と病院団体は密接に協力しあいながら国民のために良い医療をしていきたい、ということで今後とも進んでまいりたいと思えます。

座長 ありがとうございます。先生は今、3つ問題点をお挙げになったのですが、1番目の皆保険の堅持という問題は、前のお2人の先生はお時間の関係でお触れにならなかったのですが、先生がいちばん力説されましたのは、アクセスにつながってくる問題、それからそれ以前の問題としては株式会社、あるいは混合診療ということだと思っておりますけれども、相当深刻に先生方はこの問題を受け取っていらっしゃるわけですか。

豊田 はい。この問題は、単に株式会社の参入だけではなく、混合診療の解禁、それから公的保険の守備範囲の縮小という、これは1つになっていると私は思います。要するに現在の医療改革のなかで、この問題はすでに今年で4年目くらいになります。実際はそれより以前から株式会社、営利法人の参入というのは議論がありましたが、加速してきたのはこの3、4年の話です。つい最近も医療法人の社員あるいは出資額に言及されまして、まさに医療法人を株式会社と同じ制度にしろという議論も出ている状態です。

混合診療が行われる、つまり混合診療というのはこれだけは保険でできます、あとは自分で払ってくださいということですね。ですからその払えるお金を持っている人はいいでしょう。それからそういう事態になりますと、もし病気になったらどうしようということになりますので、当然のことながら何かの民間の保険に入ると。くわえて公的医療保険の守備範囲の縮小ということになりますと、もうこれは完全に何かの保険に入っていないとこれから大変なことになるわけです。

ところがその公的保険の守備範囲が縮小されて、残った部分をカバーする保険が民間保険ですから、明日から入院する人は絶対に入れません。それから今でもございませうけれども、過去何年以内に手

術した人とか絶えず医者にかかって病気の治療をしている人とか、民間保険ですからそういう人の加入には制限をつけるに決まっています。そうすると病弱な人とか、お金のない人たちは医療を受けられないという場面も出てくるわけですね。

現在そういうことはございませんので、これは明らかに改革ではなくて改悪そのものです。したがって、そういう段階になったときに、国民皆保険はもう形骸化してしまうわけですね。守備範囲の狭い保険に入っていて実際病気になっても保険が使えないとなれば、これは名ばかりの皆保険になります。そういったことで私はこの株式会社の参入、混合診療の解禁、公的医療保険の守備範囲の縮小、これは3点セットで要求されていますが、これは絶対に許してはならないと考えております。

座長 ありがとうございます。この問題は諸先生のご意向、それから植松先生のお考えもあると思いますので後ほどまた進めさせていただきます。

それでは4番目になりますが、日本精神科病院協会会長をしていらっしゃる鮫島健先生、よろしくお願いたします。

④日本精神科病院協会と四病協の活動

鮫島 健

日本精神科病院協会の鮫島でございます。少し日本精神科病院協会の歴史を振り返りながらご紹介した上で、当面する課題についていくつかお話しさせていただきたいと思っております。日本精神科病院協会は昭和24年に創立されまして、創立当初は82病院で始まりましたけれども、現在は1,216病院が会員病院として参加しております。

この日本精神科病院協会は、民間の精神病院で組織されたものですが、日本の精神科医療というのは民間病院が約9割でございまして、先ほど小山田先生からお話があった国公立病院は数が少ないというのが日本の精神科医療の1つの特徴だと思っております。

24年の創立なのですが、ちょうどその翌年の昭和25年に精神衛生法が制定されまして、この精神衛生法から精神保健法へ、それから精神保健福祉法へというようにこの法律が次々と改定されまして、現在は平成7年の精神保健福祉法になりましてから5年おきに法改正が行われております。前回12年に一部改正がありまして、この次また17年に法改正がございまして。

私どもの協会の1つの大きなテーマ、一般の病院と違う点というのは、精神科の医療には精神保健福祉法という、医療法関連で一般の病院に適用されている法律以外に、こういった法律の網がもう1つかぶせられているということが特徴ではないかと思っております。そういった意味で、日精協としましては、法の中身についてやはり絶えずこれに対する現場の意見というのを上げていかなければならない。そういった意味でこの日精協の歴史というのは法改正に対応する、あるいはどうやってこの法改正に対応していくか、あるいは現場の意見をどれだけとり入れてもらえるかということで活動してきたという一面がございまして。

精神科は昭和25年から、35年、40年くらいまで

の間に急速に病院数が増えました。これは精神衛生法が社会防衛的な考え方に、どちらかというとそういう傾向にあったことから、精神科特例とかあるいは金融特例などが1つになって、精神病院の病床数がかなり増えた。これはしかし国の政策として動いてきたわけで、何も民間が精神病院は儲かるからやろうということではなくて、国の政策がそういう形で精神病床を増やしてきたわけです。しかし昭和40年以降、こういったあり方についての批判が出てきて、一転、社会復帰の促進とか、人権の尊重だとかということが非常に強くいわれるようになってきて、そういったことが我々にとって1つの大きなテーマになっています。それで国の政策転換によって、最近では7万床程度の病床の減少を促すという報告書が出たりしております。

それともう1つ、これは昭和30~35年ごろだと思いますが、新医療費体系というのが当時の厚生省から出されまして、これは先生方もご存じの方がいらっしゃるかと思いますが、このときの医療費体系の中身は、物と技術の分離だとか、技術の内容を考慮するだとか、今でもいっているようなことですが、医療費の予算の総枠を抑えるなどと、このへんから明らかに医療費抑制策が始まったと思われまして。この時に入院基本料が設定されまして、この時に一般、結核、精神の順で入院基本料が安くなっています。精神はなんでこんなに安いのか差別であるということで、協会ではいろいろな活動があったようですけど、結果としてそれが現在まで精神科医療費が安い水準で推移している原因であったと考えられます。

先ほど小山田先生が精神科医療費は安過ぎるとおっしゃいましたが、安過ぎるという点では私も意見は一緒ですが、しかしそれを高くするためには、あるいは病院の経営を安定させるためにある程度の診療報酬の水準を上げるとするならば、それはやはりほかの医療に携わっている人たちが精神科医療に対して十分な理解をもらえるような、あるいは国民の理解を得られるような我々自身の精神科医療に対する努力が必要だろう

と考えております。

現実に精神保健福祉法では、入院医療から地域医療へということをしておりますけれども、全国で患者さんの社会復帰施設が、グループホームを除きますと大体1,400くらいありますが、そのうちの半分は、民間の精神病院が社会復帰施設をつくっています。この社会復帰施設は全部赤字であります。つまり病院が持ち出すという格好でそういうことをやっています。そういった意味で決して民間病院はうまい汁ばかり吸っているわけではありませんので、どちらかというと先ほどの話ではありませんが、公的病院が担うべき公的な役割を民間病院が担っている部分も少なからずあります。平成15年にできました心身喪失者医療観察法がございまして、これに関しましても入院医療は国公立でやるにしても、退院後の外来医療に対しては民間病院もこれに参加するというかたちで対応しようということになっています。

そういうことで、この医療費と、それから法の改正の問題が日精協にとっては2つの大きなテーマであることを申しあげました。

あと先ほどから問題になっております、一般的に医療制度改革というのも決して我々に関係ないものではございませんので、四病協のなかでほかの団体と協力しながら、あるいは日本医師会と協力しながらこういった医療制度改革の変な動きをくい止めるために協力していきたいと思っております。精神科というのは独自の路線を歩んでいるように思われがちですが、四病協を通してほかの病院団体と協力しながらやっていくのは当然のことと思っております。

座長 ありがとうございます。鮫島先生、医療費の問題と法の改正の問題を重点的にお話くださいまして、さらに付言されましたが、精神科の病院がうまい汁ばかり吸っているわけではない。そこに大きな誤解がある、というお話をいただいたのですけれども、私のようなよその立場から見てみますと、病院の運営、経営以前の問題で精神科に対する偏見、ちょっと違った見方が病

院ならびに組織に対してイメージを暗くすると申しますか、変えてしまっているのではないかということをお前々から心配していたのです。時代が変わりまして、今、精神科が非常に大事な存在に変わりつつあるわけでございますけれども、そういった問題に関しては、先生、例えば確かに今までの地域のほうに治療のターゲットを変えていらっしゃるというお話もよくわかりますのですけれども、精神科医療そのものを病院自身としても大きく変えていこうという動きというのはお考えでございますか。

鮫島 おっしゃるとおりでございます、精神科医療、精神保健福祉のこれからの政策の方向を決めるということで厚労省のなかで検討会がございまして、そのなかの1つがこの偏見をなくすための、普及啓発のための検討会というのがありました。1つは精神障害に対する偏見に対して、我々は積極的にそういう開発、普及、啓発ということに取り組まないといけないと思うのですけれども、もう1つは、今おっしゃったように精神科病院に対する、暗いといいますか偏見みたいなものがあります。このへんについて精神科病院協会ではメディアを通してだとか、ビデオを作ったりだとか、いろいろなかたちでそういう活動をやりたいと思っています。民間精神病院も最近是非常にきれいな病院もできておまして、アメニティも随分よくなっているし、患者さんの食事などにもかなり職員の意識改革が行われています。

そういった意味では、むしろ民間という意味で患者さんに対するかなり進んだ対応の仕方ができている病院もたくさんあると思います。そういったことを国民全体に対して、あるいは医療に携わっている皆さん方に広げていきたいと考えております。それと精神科の病院というと、いわゆる統合失調症といわれているような、昔は精神分裂病といわれている、そういった患者さんばかり扱っているイメージが非常にありますが、そうではなくて、メンタルヘルスの問題からいろいろなメンタルディスオーダーの範囲が非常に広がっていますので、そういったことにも積極的に取り組むと

いうことが1つは精神科の病院のイメージを変えていくかと思っております。

座長 またその問題も、後ほどお話をうかがわせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

それでは最後になってしかも主催団体の代表でいらっしゃるわけですが、日本病院会の副会長をしていらっしゃいます武田隆男先生、今日はご都合で山本会長がお見えになれませんので、武田副会長が代わりに日本病院会のお立場をお話しくださいます。どうぞよろしく願いいたします。

⑤地域医療における役割と医療制度

武田 隆男

ご紹介いただきました武田でございます。山本会長が突然出られなくなりまして、ちょうど1週間くらい前にお前代わりにやれ、ということのでつけ焼き刃でございます。トップのそうそうたる先生方のあと、トップでない私が、代理で仕方なくお話をさせていただきますのでかなりレベルが下がるかもしれませんがご了承いただきたいと思っております。

日本病院会は皆さんご存じのとおりこの日本病院学会の母体である会でございます。1951年に創立されまして、1976年に日本病院会という名称に変えました。日本病院会は先ほどからの、先生方の会のように割合ピュアな、といいますが、単一の病院の団体ではございません。2,700余りの会員病院がございますが、国立病院あり、独立行政法人あり、また大学の医学部、あるいは医科大学がございます。それから自治体病院、健保連、それに日赤、済生会、厚生連などの公的病院。いちばん数の多い医療法人ももちろんございますし、個人経営の病院もございます。数で申しますと公的病院というのは955、私的病院が1,753でございます。日本に存在するありとあらゆる設立母体の病院が集まっている集合体でございます。

ですから一般に取りまとめが大変であろうともいわれているわけですが、割合そのようなことはございません。常々、大同小異を心掛けております大人の会でございます。むしろ多様な意見が出てまいりまして意識が高められ、よい法人が建てられていると思っております。そういう会でございますのでご紹介申しあげました。

さて、昨今の基本的な問題について、今、病院医療の大きな課題になっておりますのは、患者や国民から医療というもの、病院医療の信頼が確保されているかどうかという問題です。医療自体が国民や患者さんのものであり、社会的共通資本で

ございます。国民のものである医療をどのように提供していくかという視点に立って日本病院会は運営されているわけでございます。

今、病院の信頼性は本当のところを言って大きく揺らいでいます。あるいは揺り動かされているという側面もございますが、とにかく大変です。医療技術が進歩して安全性も高められているはずですが、医療ミスの報告があとを断たず、ますます病院医療に対する不信感が高まっています。これからは、我々の歩むべき道は信頼性の回復に全力を挙げるといふことであろうと思っております。

まず言えることは、医療の信頼を再び得るためには、医療の質と安全を高めるということでありまして。これは大変なことではございますが時代とともに進歩してまいりました医療の高い技術。この高い技術を用いることによってミスが起こっているということもございます。リスクが伴うわけでございます。そして我々は技術の研鑽はもちろんでございますが、医療に関わるもの全員が高い倫理観を持たなくてはならないということなんです。したがって、日本病院会におきましては目的のなかにもございますように、医の倫理の高揚、病院医療の質の向上と安全の確保ということを提唱しております。

また個々の困った問題と申しますのは、医療費があまりにも安いということでございます。それから消費税の問題がございます。損税という形で存在して病院経営を苦しめております。それから医師、看護師の不足でございます。研修医の問題、あるいは研修指導医の問題。これは日本病院会がかかえている大きい、痛い問題でございます。株式会社につきましては豊田先生にいろいろお話いただきましたので割愛させていただきますが、ただ医療法人の出資額に応じた発言権を求めています。これは株式会社の進出を我々は阻んでおりますけれども、もうすでに株式会社から資金が出ているという病院があるといううわさも聞きおよんでいます。そういうことも含めてやはり議決権の問題の要求をしているのではないかという猜疑心も起こって来るわけです。

こういうことに関しまして、日本病院会では取り組むべき主な課題といたしまして、先ほど申しました医療の質の推進と確保、それから国民皆保険をどのようにしたらいいかという勉強会、医療費財源の問題、保険者の再編統合問題、これらにも思いを馳せているわけです。それからDPCの対応。

それから地域医療について山本先生がレジュメに書いておりますから、これについて少々お話をさせていただきますが、現場の実体を踏まえた急性期、回復期、慢性期、介護。この連携を地域医療と捉えてまいります。そのほか人材の育成、確保、人事管理、病院業務のIT化、いろいろとございます。

地域医療については、これは私の私見もございますが、山本先生のお考えを一応まとめてみました。医療の提供を、予防、急性期、慢性期医療、介護へと移行していくことを医療の流れとして捉えますと、基本的に地域内の機能分化と連携で完結されることが望ましいことは、今さら言うまでもありません。一部の特別な医療を除いて、本来的には生活圏と医療圏が一致していることが望ましい姿です。地域そのものが医療の場であります。したがって、地域のいろいろな特性を無視して全国で画一的に機能分化と連携を図る、あるいは決定されることで非常に無理が起こり、医療が歪められる1つの原因であろうと思います。

その地域でどういう医療が必要とされているのかを十分に考慮して、それをもとに医療機関の機能分化と連携をデザインしていかなければなりません。どうかたちの地域医療のネットワークが最善であるかを考えまして、地域住民、患者のためになる地域の仕組みをつくっていきたくております。医療制度、すなわち医療提供体制と医療保険制度は、地域医療のあり方に見合ったものでなければならないということがございます。以上で簡単でございますが日病の考え方について代理でお話をさせていただきました。

座長 ありがとうございます。今の地域医療

と、それから連携そのほかの問題というのは、各先生からもこれからたくさん出ると思いますので、ひとまず病院側のそれぞれのお立場のお話は一応、予定どおりに進んでまいりましたのでありがとうございます。

病院のほうのお考えは一応おうかがいしましたし、また時間を大変私のほうでご無理をお願いしました関係で、おっしゃりたいことのそれこそ何十分の1、何百分の1という少ないところでお時間を済ませてしまったわけですけれども、今度はそれ以上に、おっしゃりたいことが山のようにお持ちなのですけれども、やはり15分くらいで医師会代表として植松先生にお話をいただきたいと思っております。ご意向といろいろなご意見などはあとでいたしますので、先生のお考えをお聞きしたいと思っております。

⑥医療改革を考える

植松 治雄

日本医師会の植松でございます。ただいま病院5団体の代表の方からお話を聞いたわけですが、現在小泉内閣のもとで医療改革が進められているということです。この医療改革の進め方を見てまいりますと、どうも医療費の抑制がないものは改革ではないというふうな姿でして、先ほどから出ております公的保険の守備範囲の縮小、またあるいは医療費トータルの抑制、あるいは混合診療、それから株式会社の参入。いろいろなものと考えていきますと、すべてこれの元は、現在の国家経済がバブル崩壊から非常に悪い。この悪いなかで国家経済がどのように回復するか考えていきますと、やはり経済運用は市場経済の原理がいいのだろう。そのなかで、この不況のなかでこれからも成長産業と考えられるのは、高齢化も含めた医療の分野ではなかろうかと思えます。

この医療の分野というものの活性化を図りながら、国の経済の回復と雇用の促進につなげたいというのがどうも本音のようでございます。そこで公的医療費の財源の縮小と、逆に保険外の医療費の部分を現在の公的医療保険と同じくらい、30兆円くらい増やそうではないかと。この増やした財源を、何とかしていわゆる経済界に流れていく道はないだろうか、という流れのなかで、現在の医療改革と称しながら、混合診療の問題、株式会社の医療の参入、いろいろなところが出ています。

この流れをつくっておりますのは規制改革・民間開放推進会議、元の総合規制改革会議でございますけれども、そこでの議論と、規制の緩和といひながら、このいわゆる保険外のところの活性化ということに意を用いておられるようでございます。今も先生方のどのご意見にもございますように、本当に医療の改革というものを考えるならば、いちばん大事なことは何かということになりますと、医療の安全と質。安心していただける質の良

い医療をどのように効率的に提供できるかということが第1位にあるべきで、当然そのために医療提供体制をどうするかという話になっていくべきでございます。

ただ、そういうことを進めていきますときに、先ほどもおっしゃいましたように診療報酬の問題、医療費の財源の問題というのは避けて通れないわけです。しかし、その財源の問題を考えるときに、日本には医療費のあまりかからないなかで効果をあげております国民皆保険制度というものがあるわけですので、これを堅持していきたい。そしてまたこの国民皆保険制度というものは基本的には社会保障の理念に添ってつくったものである。しかもこの医療保険制度というのをこれからつくろうということになっての大変さと申しますのは、先ごろクリントン前大統領の回想録が出ましたが、この中で、自分が内政で失敗した、あるいは非常に残念だった政策の第1のものは医療保険制度ができなかったことであると言っておりますように、ヒラリー委員会というものができまして、大いに努力をされ、今一步というところまでいってこれができなかったということがクリントンをして第1の失敗であると言わせたわけです。

原因につきましてはいろいろあるわけでございますけれども、私たちは、世界中でいちばん良い医療保険制度を持っている日本が、これを守っていくということなしではもう非常に申しわけないといひましょうか、ある人に言わせるならば、日本の医療保険制度はまさに文化的遺産であるという人もあるくらい立派なかたちにあるわけです。これが財源というようなことを考えながら、かたちを変えながら一部負担金がこれ以上増えていくとかいろいろなことがございますと、まさに形骸化といひましょうか、医療保険としての体を成さないわけです。今は財源的に考えまして、医療保険のなかで50%あまりは保険料というかたちで、企業と国民が負担しておりますし、一部負担金ということですので2割、3割を負担しています。国のほうはといひますと25%の負担ですが、自己負担が3割、4割と上がっていきますと、医療保

険自体が国の社会保障政策からかけ離れてしまったものになるのではないか、やはり今の自己負担が限度だろうとも思います。

そのような状況のなかで、やはりこの保険外のものが増えてくるということにつきましては、これはやはり大変なこととして、混合診療というかたちですけれども、保険外に財源が求められるということを考えますと、国のほうといたしましては財源の持ち出しが少なく済むというメリットがございまして、組合そのほかの保険者から見ましても保険料が上がる心配があまりないということがあります。そしてざっと考えまして思いますのは、医療機関にとっても保険以外に財源ができる。経営の原資ができるというメリットもあるように見えまして、多くの人がメリット、あるいはメリットらしきものを感じながら、いちばん負担を感じますのは国民でございまして、病気になったときにとんでもない負担がかかるということがあるわけです。

このあたりになってくると、この混合診療の解禁、導入というものは、株式会社の医療への参入というものよりもはるかに大きな期待を持って進められているのではなからうかと思っております。そういう状況のなかで、私どもが混合診療を反対しておりますのは、混合診療の導入によって、国民のなかに所得により階層化ができてくる。あるいは大きな問題点としては「命の沙汰も金次第」ということになってくることを考えますと、今、非常に経営が苦しい状況にありましても、これは医療機関の皆さま方にも先を見ながら混合診療への対応を考えていただきたいと思っております。

これは国民の皆さま方にお話しいたしますときに、今の医療保険というものは制度的に現物給付であり、混合診療のような現金支給のものと2つ重ねることはできない、という説明は必ずしも受け入れられるわけではございませんので、私どもといたしましては、混合診療につきましても、もっと分かりやすい話で国民にお話ししなければならないと思っております。

地域医療が大事ということは今までどおり論を

待たないわけですが、そのなかで武田先生がおっしゃいました地域特性というものが非常に大きな問題で、これを取り上げていただいたことを非常に喜んでおります。私はかねがね申しあげておりますけれども、中央で絵を描いた地域医療の計画そのほかというものは夢物語だと思っておりますので、各地で汗をかきながらこれは進めていかなければならないと思っております。

診療報酬の問題、これが医療費の財源と同じように大事に考えられておりますけれども、私が申しあげたいのは、中医協の問題といたしましては、与えられた医療費をいかに配分するかという技術的な問題として、これを財源と大きく引付けまして、これからの医療の財源をどうするかということがあたかも中医協だけで決まっているというような考えはやはりよろしくない。あくまで専門的な問題でございまして、これから中医協の見直しもございまして、この構成メンバーについては患者代表そのほかを入れようという声もございまして、しかし、中医協が扱っておりますのは診療報酬という、極めて専門的な部分だということ十分に理解していきませんと、なかでの議論が空洞化するということも考えております。

それらのことに関しまして、これからいろいろ病院関係の皆さま方と私たち医師会と大きな話し合いの場をつくりたいと思っております。

もう1点、やはり医師会の組織率というのが大きな問題でございまして。私はやはり医師会に入ったらこういうメリットがありますよ、という声かけで勤務医の先生方をお誘いするのではなく、医師すべてが、医師会にかたまって、日本の医療、国民の健康を守ることが大事だというモチベーションとして、組織率が上がってくることが大切ではないかと思っております。概論的なことばかり申しあげましたけれども一応これで説明を終わらせていただきたいと思います。

⑦ 討 論

座長 ありがとうございます。ちょっと一息という意味で、たまたま今、植松会長がお話になりましたクリントンの回想録というのに、私がちょっとヒラリー委員会のお手伝いを末端でさせていただきました。日本の現在の皆保険システム、つまり、全くゼロからアメリカ占領軍が構築して、それがずっとつながってきたわけでございますけれども、自分たちの先達が日本という国でテストケースを進めたことがあまりにも上手くいったために、ヒラリー委員会は自信満々にそれをもとにして、それと両方ドッキングさせて本国に帰っていったわけですが、それから政治的な大きな力の前で潰されてしましまして、ご存じのように、昨年ブッシュ政権のほうでメディケア、それから一部メディケイドに関する手直しなどもいろいろと少しずつ行われてはおりますけれども、実際にはもうそういう型はあんまり見たくないというドクター側の反発もありまして、ブッシュ政権としてもある面では大変難しい立場に立っているのでございます。

考えてみますと、日本は1945年に敗戦後、それを受け取りました日本の医療側の1つの姿勢と、またそれによって巨大とっていいほどの考えられない恩恵を受けた日本国民の両方の英知が結集いたしまして、1961年にいわゆる国民皆保険制度に移行いたしました。

これはやはりだれがどうだとか政治的な力が働いたというだけではなく、そこで初めて大きな問題の転換がありました。これによっていつでもどこでもだれもが、ということで国民は本当に恩恵を受けたという面だけがいわれますけれども、私自身見ておりますと、この制度の十分な施行ということによって、医療機関なかんづく病院がその力を大変蓄えてまいりましたし、また地域に対してそれを還元させるというかたちで、極めて積極的な大転換をしていったというふうに思っております。この皆保険制度というものは両者にとって

こんなに素晴らしい制度の運用と展開はなかった。しかも、その運用・展開したものは、その民族と国家の英知だと私は今でも思っております。そこで、このあたりから先生方にご意見をうかがいたいと思います。

国民皆保険の今後について

佐々 まさにそのとおりで、国民皆保険は絶対存続させなければいけません。今までの歴史を壊して、国民を健康から守れなくなる、これは大変なことになると思います。いわゆる混合診療という、これはいつも「いわゆる」が付いておりまして、混合診療の定義というものがはっきりしておりません。例えば特定療養費制度も混合診療のなかに入るかもしれません。ただ、これは混合診療のポジティブリストでありまして、中医協でこれは特定療養費として認められる。特に高度先進医療については、それが普及した暁には保険診療に入れていくというものでございますから、これは歓迎していい、広げていっていいものだと思います。

ただ、いわゆる混合診療のなかにはいわゆるネガティブリストで、いろいろな医療技術を中医協なりの審査なしに入れていこうということですから、これは絶対に容認できない。もしそういうことで、そういうものが混合診療に入ってきますと、保険の限られた財源をそっちに食われるということになります。

ですから、そういうものは、もしどうしてもしたい人は混合診療というかたちでなく、完全な自由診療でやっていただければよろしいと思います。それからもういちど現在の皆保険制度について戻りますと、保険となっておりますけれども、これは国民に対する保障だと思います。ですからここまでは絶対に国民を保障しますよというところで、これからもその範囲を、公的にみる範囲を狭めていくことのないように保障されていけば、国民皆保険はこれからも狭まることはない、と思います。

小山田 私は国民皆保険を堅持するというのが今までの日本の歴史のなかでつくりあげた最も良

い伝統だと思います。これを壊すような、例えば株式会社参入であるとか、混合診療というのは国民にとって決して良いことではない。高度医療のなかでというようなことはありますけれども、特定療養費制度というものがあるわけですからそれを利用していくのが原則だと思います。

豊田 よくいろいろな文章のなかに混合診療、特定療養費が混じって出てまいりますけれども、一般の方にはこの言葉の定義をまずはっきり認識していただいたうえで説明しないとなかなか難しいですね。ですから、どうあるべきか、というのは佐々先生がおっしゃったとおりだと思います。新しい技術があって、それが外国で使われている、あるいは学問的に大丈夫である、ということについては、問題は、そうした技術あるいは治療法について、それが保険に収載されるまでに時間がかかる、ということだと思います。

ですから、そういった良いことは早急に特定療養費にするのか、保険に収載するのか、いずれにしろ早期に保険のなかに取り込むということをやっただけならば、今はそれがいちばんだと思います。

武田 私もちろん皆保険堅持でございます。それからそれに伴いまして混合診療は反対でございます。これはいろいろなことをここで申すのも時間がかかりますけれども、これは国民のためになるのかどうかということをまず考えてみたい。これをやることによってどういうところがどういう反応を示すのか、あるいは利益を得るのかということも考えてみなくてははいけません。それから当然、株式会社も反対でございます。倫理の問題がございます。以上でございます。

鮫島 皆さま方とほぼ同じ意見ですが、その混合診療という言葉が誤解されている面が多々あると思います。現行の公的保険の給付にプラスアルファというのが混合診療というふうに思っておられる方がけっこういらっしゃいますけれども、今回の官製市場民間開放委員会に出ておりました図を見ますと、要するに公的給付を減らすことでプラスアルファを乗せる。つまり、その足りない部

分については民間保険に加入することによってそれをカバーしようというのは、あの図を一目見ただけですぐ分かるという仕掛けになっていると思います。

ですから、先ほどいろいろ混合診療についてご意見がありましたけれども、特定療養費の問題などはございますが、やはり本来は高度先進医療にしてもできるだけ保険のなかに取り込むのが先決であって、取り込むあてのないものを特定療養費とするのはおかしいのではないかと考えています。

特に精神障害者の場合を考えると、国民皆保険制度があることがまず前提ですし、外来通院の場合には公的通院公費負担制度というのがございます。これはおそらくそういう公的給付が減らされる、自己負担が増える、混合診療だという話になると、この公的通院公費負担制度そのものが崩れてくる可能性がありますし、精神障害者の収入から考えて長期に療養している人の場合は民間保険なんかとても入れませんので、皆保険制度が崩れることによって、精神医療そのものが壊れてしまうということで、これは我々の立場だけではなくて患者さんの立場からいっても絶対反対しなければいけないと思っています。

座長 豊田先生、どうぞ。

豊田 先ほど民間保険のお話をしましたけれども、これを追加させていただきます。実は公的保険についても、去年の6月でしたか、期日がはっきりしませんが、公的保険について保険者と医療機関とが契約をしてもよいと、今まで禁止されていたのが解禁になった事実がございます。実際にはまだそれが大きく動いていないようだけれども、公的保険にさえそういうことがあるわけで、民間保険になりますと、先ほど私が申しあげましたとおり、明日から入院しなきゃいけない人が入れないということ以外に、民間保険はあくまでも民間ですから、公的保険にもすでにそういうモデルが許されている以上、民間保険としてもさらに制限された診療について制限を加えられる可能性があります。

ですから、公的保険で足りない部分は民間に入

ったから安心だというのはちょっと早計だと思います。医療側にとっても制限診療の温床をつくるということになるので、私どもはそういう意味からもこの混合診療に対しては反対しております。

座長 それでは今の問題につきまして植松先生のお考えを。

植松 まず民間保険の問題ですが、現在、民間保険は医療保険として売られています、この内容は何かと見ますと、病気になったときの所得保障にしか過ぎないということで、病気の治療とは全く関係がないということでございます。

そのために、これから民間保険という話のなかにはいわゆる混合診療そのほかということで患者負担が増えてくる。増えてくる部分を金銭的にカバーしようというのが民間保険でございまして、民間保険が今の公的な保険に代わるという考えは全くないということを考えますと、私は公的な保険が存在するうえに乗っているのが民間保険ということだと思います。

ただ、そういうなかで、今、混合診療の問題も含めて国民、患者さんのニーズの多様化に対応するという、また患者さん側からすれば選択の自由というものが広がるからこの混合診療もいいのではないかとことを言われておりますけれども、そういうなかでよく示されておりますのがアメリカでやられている良い治療が日本でやられていない、あるいはがんの治療でも、抗がん剤の組み合わせが日本では自由にはできないという話もあって、いかにも日本の医療が遅れているようにいわれているわけですが、その時々例として挙げられます医療、高度医療といえども、アメリカで行われていて日本でできないという医療はほとんどないわけです。抗がん剤の組み合わせそのほかというのも週刊誌そのほかで盛んに書く人がおりますので、いかにもそのように見えますけれども、私はエビデンスがあるものというものは日本においても十分に使うべきであって、医療保険として取り入れるべきであり、保険外にあるというような取り入れ方では不十分ではないかと思いません。

ただ、そのときの議論のなかでそこはかたなく聞こえてきますのは、そういうことをして財源があるのだろうか、という話になるわけですが、このところはきっちりと分けまして、医療保険のなかでどういうことが好ましいんだという考え方が1つ。もう1つは、財源はどうするのかということは別に話をいたしませんと、お金がなければどうこうということでごちゃごちゃの議論をしておるのが現在だというふうに思っております。

そういう意味では、やはり日本のなかで国民皆保険制度がせっかく根づいておりますので、これをなるべく守っていかなければならないのではないかと。

そこで特定療養費制度と混合診療の話ですが、特定療養費制度も確かに現金給付的な意味がありますが、この位置づけは、やはり医療保険の制度のなかで置かれたということで、やがては医療保険に入れますよという話ですので、混合診療というのが保険診療と保険外診療とが混在するというのを考えますと、特定療養費制度は保険内ということですので、明らかに混合診療とは違うということでございます。

もう1つは、混合診療というのが今のようなかたちで語られながら、先ほど鮫島先生がおっしゃいました、これをモデルに示された絵を見ますと、確かに医療保険が小さくなっております。これは書き損ないかな、と思われるようでございますけれども、かつていろいろな場面で厚生労働省そのほか示したなかでのこの面積の大きさというのは、将来必ず出てきているということを思えば、あの絵の考え方というのは明らかに今後の方針を示しているということでございます。

そういうことを考えると、やはり基本に立ち戻っての皆保険のあり方というのを議論しておきませんと、この混合診療を介して医療保険制度というものが本当に形骸化するのではないかと思っております。

中医協について

座長 そうしますと、今の問題がございますように、個々の診療報酬の問題をそれぞれ決めるということと、それから基本的な医療財源とか医療のあり方、方向性という問題に関してきちっとした場所できちっと意見を出したほうがいいたろう、という、現在問題になっております中医協のあり方で、たまたま歯科医関連の政治問題で、裏取りのかたちでなされていたのが中医協じゃないかというふうになってまいりまして、実際には全部違うところで決められているものがあそこの場でガタガタやられているだけの一種のショーみたいなものだったのではないかということさえおっしゃる方があるわけです。それでこの問題、やはりぼつぼつ考えなければいけないというときに、ずっと出ておりましたのは、病院団体の代表の方がほとんどいつも相手にされないで入ってこなかった。そして医師会のほうで、5人ですかお入りになっていて、どうも病院のほうで、ということがよくいわれていたのですが、この問題では諸先生いろいろお考えなりそれからお立場もあると思いますので、今度は武田先生のほうからちょっとかがわせていただきたいのですが。

武田 私は今までの経過はよく分かりませんが、最近になりまして5人の医師会からの方に全日本病院協会の佐々先生が1人選ばれた。つまり病院の医師が選ばれた、あるいは病院経営者として選ばれたのかは分かりませんが選ばれました。しかし、昨今の医療費の問題、病院が非常に多く使っております。これがいいとは申しません。しかし時代はそういうふうになっております。それから勤務医、医療経営者合わせますとかなりな数になって、医師会の会員もかなりな数になっておりますので、やはり病院経営者というかたちで選ぶことを医師会のほうで考えていただくとありがたいと思います。5人以外です。5人以外に選んでいただきたい、というのが日病のなかの話し合いでもそういうふうになっておりますのでお願い申しあげたいと思います。

座長 先生、こまかい問題ですけども、それは現在のような中医協の構成の分け方の問題のときに、5人よりも、もうお1人でも2人でも経営者としての医療組織の方を入れるということですか。

武田 そうですね、医師会と別枠でという意味です。

座長 それがよく分からないんですけども。

武田 増員でもいいです。といいますのは医師とか看護師の問題が出ておまして、職能団体としてのあり方でございます。そういう考えもできますので、病院経営者というかたちでいろいろな職種を見ながら医療費の検討をしていくという意味で、そういう病院経営者というものが出席できると良いのではないかと考えております。

座長 佐々先生は中医協に入っていられるわけですね。先生はどういうお立場で入っていられるわけですか。

佐々 私は日本医師会の推薦ということで厚生労働大臣から任命されたということです。ただ任命されたのが一昨年4月、14年改定が終わった直後ですけども、日本医師会の推薦ということではありますが病院団体の代表としての意見を出してくれと言われて、そのようにしてまいりました。

植松 武田先生のお話ですが、問題は中医協をどのような場とお考えになっているかということです。中医協が医療費トータルの枠を決めるようなものであるとするならば、経営者としての立場でご発言になるということは1つの意味があるわけですが、中医協が診療報酬の具体的な数字を決めていくという専門的なところということになりますと、これはまた自ずから性格として別であると思いますし、私はどちらかという中医協は今申しあげたなかでは、後者のような性格ではなからうかと。そうなりますとこまかい点数が分かるような、いわゆる実務者レベルの参加が好ましいのではないかと私は考えているのですが。

座長 今の植松会長のお話、追加で言っていたいたのですが、諸先生はいかがでしょうか。

小山田 私、先ほども申しましたけれども、中医協で決められる場合、なるべく金を出したくない支払い側と、経営上多く貰いたい側と、そして公益というものがあわけですが、実は公益委員というのは医療、診療の実際をよく知らない。だからその方々が協議のなかに入れられないで、裏で実際の取引が行われているのが現実ではないのでしょうか。とすると、診療を十分に分かり、そこで公正公平な議論ができるのは、何度も申すけれども私ども自治体病院しかないという観点から、私1人を入れていただければもっと国民に分かりやすい体系ができると思います。

例えばですね、病院に新患が行きます。診療所に行きます。今、病院が190円安い。診療所はなぜ高くなくてはならないのか。そしてもう1つ、同じ病院に行くと、内科にかかって同じ日に眼科にかかっても、眼科の点数は取れません。病院は眼科の先生にも給料を払い、そしてもしそこで医療事故が起きたら、病院は保障をしなくてはならない。こうした矛盾を、どう国民に説明し、また今日会場にお出での病院学会の会員に説明できるのでしょうか。

座長 ただ先生、最初に先生が少しでも出したくない側とちょっとでも多く貰いたい側、それで何も知らない公益代表。これでは話がつきこない、というので今まできたわけです。だから今までは先生がおっしゃるような一面もあったかもしれませんが、今度これを何とか良い方向に持っていこうと。そのためには日医も病院グループもまた一般のドクターたちも意見を出し、そして国民全体に説明するという先生のお考えはもうびったりなのですけれども、これはほかの先生どうなんでしょうか。

豊田 病院代表を加えてほしいというのは、先ほど私のほうからも植松先生にお願いしたところですが、確かに今回の改定にいたるその経過は、佐々先生が中医協に出られているということがあって、病院団体にはよく分かりました。今までは分からなかった。何%下げに決まりました、ということが、突然通告されるような事態もありまし

たし、これでは医療を背負う経営者の団体としては納得ができない。やはり経過をしっかりと見て、そして意見も述べて、それでもこう決まったということであれば、それなりの対応はできますけれども。そういったことを避けるためにも、やはり病院は、診療所と費用などのいろいろ内容の違った部分もあるんですね。

決して日本医師会と病院団体が対決するとかの話じゃないです。病院についてはこうだということをお話して、また医師会と協議をするとかたちにするために、やはり病院代表からこの人を出しますということをお話して、主体的に病院代表を出したいという話なんです。以上です。

座長 今のご要望も含めて植松先生のお考えをお願いいたします。

植松 まあ今の話も少しごちゃごちゃになっているところがございます、払いたくない人とたくさん欲しい人という話、いわゆる財源の話でございます。これは何%アップするかダウンするかという話でございますが、これは中医協のなかで議論をして決まるというよりも、おおかた決まりますのは予算案をつくる政治のなかで、今年はこれくらいというおおかたのコンセンサスが出ながら、そこを中医協でどのように了解を求めるとかという話になってまいります。

もう1点、診療所に配分が多いか病院に配分が多いか、配慮があるかないかと、この議論は決して中医協だけでやられる問題ではございませんで、これは医師会のなかで病院団体と私どもがお話をする。今これからやろうということですが、そういうところで十分に詰めておきませんと、中医協で両方が話をしても揉めているだけというような見方もございます。

もう1点、これはいま坂口大臣もおっしゃっておりますけれども、診療報酬の改定というのを財源なしにどのような配分が良いか、というような検討は常に続けておかなければならない。だから先ほどから出ております、病院がどう診療所がどうというふうな体系につきましては、いつでもやれるわけでございます。診療報酬の改定が2年に

1回というのは何かといいますと、その年、2年に1回、配分がプラスになったマイナスになったということだけで、そのために中身を全部見直すというおかしさを感じなければならぬ。厚生労働大臣も常にやろうということでございますし、私もそれに賛成でございますので、できるだけこれからも病院の先生とお話をしながら、診療報酬のあるべき姿を私どもの委員会でも議論をしていただく。そして財源問題は医師会の政治力というなかで、中医協の議論は議論といたしまして、政府に働きかけていくべきではないか、という気持ちはしております。

座長 ありがとうございます。今のお話ですと、先生方ご意見おありでございます。小山田先生どうぞ。

小山田 診察料の件についてはどうでしょうか。これは先生は妥当だと思っておりますか。診療所に行く新患の患者と、病院に来て複数の科で診た場合の違いですね。どうして診療所が高くて病院は安くしかいただけないのでしょうか。

植松 これは、今まで診療報酬によって患者の受診行動を変えようという国の方針がございまして、その時は、診療所より病院が安い設定をするならば病院は外来の患者を離すだろうという思惑があったと思うんです。ところが、そういう政策的な見誤りが続いていて、このあたりになると診療所より病院を高くすれば行くのがかえって減るだろうという考えも成り立ちますので、そのあたりは、これから今までのように診療報酬によって患者の動きをどうこうということじゃない、本質的なところで議論をしていくなれば、今のおかしさというのはみんな感じているわけですから、解消するように、時間をかけて、また来年、再来年の話です。それまでに十分に議論をさせていただきたいと思っております。

座長 よろしゅうございますか。お金の取り合いで、よそから見ていると毎回大騒ぎがあるのですけれど、先ほどから諸先生のお話にも出ましたように、いつも大騒ぎして論じられるのは配分の問題で、根本が何もなくて、今回は病院にちょっ

とプラスがあったよだから今度は診療所のほうにとか、あるいは前は外科系に良かったから今度は内科系にしようかという論議がされてきたのが欠点の1つではないかと思うんですね。ですから、先ほどからお話が出ているように、いったい日本にとって医療費というものをどういうふう考えていくのかという基本問題は全然論じられずに、それは全然別のところでもうすでに決まっています、あとはどうぞ分け方の問題だからあんた方少しでも好きなようにおやりなさいということになると、さっき小山田先生がおっしゃったように、もうちょっと欲しい、こっちはいらぬとか、うやむやのかたちが定着してしまったきらいはやはりあるだろうと思うんです。

ですから、そこは何とか直していかなければいけないので、そのためにも病院と診療所の連携と申しますか、口で言うだけでなく、例えば先生のところに患者さんが行って、今度はまた元のお医者さんのところに戻しますよ、おわかりなさい、と言ったときに、素直にありがとうございます、それじゃあそうしますと言わない方もたくさんいて、やはりそのまま病院のほうがいいんだ、となってしまうケースも随分あると思うんです。

このあたりが診療所の先生方にとっては、何だかんだと言うけれども、結局病院が取っちゃうじゃないか、という批判があるのはお聞きになっていると思います。

そうすると、このあたりをいったいどういうふうにはバランスを取っていったらいいか。お金を付けて戻す紹介料そのほかをやっただけでは地域によってどうしても足りない医療機関、存在がバラバラになっているところもあると、なかなか難しいのではないかと思います。何か上手い考えがございませうか。

小山田 先ほどの件ですが、私どもの会で厚生労働省から来ていただきまして診療報酬改定についての指導会を開きました。その時に先ほどの件をお聞きしたんです。「なぜ私どもの病院の診察料は安いのか、再診料も安い。そして複数の科で初診しても、ほかの科の診察料は取れないのはど

うしてか!」と尋ねましたらそれに対する回答は、今までは200円の差がありました。今度は190円になりました。ようやく日本医師会が少しずつ理解を示すようになりました。同じになるにはあと19回必要でしょう、とのことでした。

座長 さあこうなるとやはり植松先生、ちょっと言わないわけには。

植松 そうですね。子どもは決してそんなことしているわけではございませんで、さっきから言いますように、きっちりと基本的な話をしましょうということ。厚生労働省がいいかげんなことを言ったんでしょね。そんなことで中医協が通っているわけじゃないです。決してそんなことはないと思います。

座長 19回泣くってというのは相当大変でございますし、先行き真っ暗ですから病院はやっていけなくなっちゃうと思うんですがね。佐々先生、ご意見ありますか。

佐々 今、点数で患者さんをどっちへ誘導しようということがなかなか上手くいかないこととして、これから考えていかなければいけない問題です。あとは患者さん、特に初診の患者さんがどうしても病院をファーストチョイスにする例が多い。まあ特別応急な重病でなければ、やはり診療所に行っていたら、病院を受診する必要があればそこから紹介するというかたちがいちばん望ましいわけです。例えば私の病院も創立96年経つような病院で、昔からほかには医療機関がなかった。その後どんどん診療所は増えますけれども、やはり昔からとにかく何かあれば佐々に行けというようなことで、どうしても来てしまうんです。来てしまった患者さんに来るなというわけにはいきませんから、どうしても外来患者が多くなってしまいます。これは経営の面にしても、新患の数が、分母が大きいですからなかなか紹介率が上がらないということにもなります。

ですから、どうしたらそういった患者さんが最初に診療所にかかるというような仕組みができないかということ、私にはちょっと難しいのですが、何かご意見あればうかがいたいと思います。

座長 病院側はほかにいらっしゃいませんか。よろしゅうございますか。植松先生お願いいたします。

植松 このあたりがいちばん頭の痛い話でございます、ありきたりの話はすぐにできるのですが、実際に実効があがる話になりますと、非常に悩ましい問題があります。その引っ掛かるところは、いわゆるフリーアクセスでございます、このフリーアクセスというものが今の日本の医療制度のなかで大きな柱になっていることを考えると、どのように国民の皆さま方にこの医療機関連携というものをご理解いただけるか。

またこれから、診療所が対応するかかりつけ機能というプライマリーケアを中心にして医療を展開していくのが良いのだ、という理屈が通っていくか。言い換えますと、診療所のかかりつけ機能というものをどのように信頼していただけるかということまでいきませんと、なかなかうまくいかないことは事実でございます。そういう状況があるなかですので、急に、病院指向を止める方法は外科的な手術でもしない限りはできませんし、そのことがまた今まで守ってきた皆保険制度の根幹を揺るがすということがあってはならないと考えておりますと、悩ましいことは悩ましいのですが、何とか進めたい。

このためにも病院の先生方にいろいろなお意見をいただきながら、これを構築していただけたらと思っております。病院とすればこういう知恵があるよ、私どもとするとこういう努力をしますよ、というところがどこかで合わないかということですので、7月から始めさせていただきます四病協と医師会の話し合い、私は担当にも言っているのですが、腹を割った話をしなさいよということでございますので、先生方のほうでもそのつもりで来ていただいて、やっていただいて良かったということが少なくとも2年後の診療報酬改定に少しでも芽が出るようなものを今からつくっていかれたらと思っておりますので、ご協力を願いたいと思います。

座長 よろしゅうございますか。今、たまたま

そういうお話になったのですが、病診という問題のときに、普通の患者さんの立場から見ますと、あるときにはお医者さんというかたちで全部呼んでいるわけですが、そうじゃないときには何々病院というかたちになってしまって、どうも本来同じ職種で、同じ能力で、同じ立場であるはずのものが多少ずれているところに、やはり日本全体から見ますとまず大学病院、それから地域の基幹病院、それから市中の中小の病院そのほか、そして診療所というところで、本当はずっと流れていっていいはずなのですが、最後のところでバシッと境目があるような気がいたしますのは、どうもお互いにちょっと違うという何かをお感じになり、かつ、持っているのではないか。これは昔の医局の悪い癖をそのままずっと引っ張っているのか、いい面が活かされていないという気配があるんですが、先生、組織率の面ではどうですか。

日本医師会の運営への期待

植松 組織率が今のところ60%あまりということですが。入っていない多くの人は病院の勤務医であろう、特に大学の若い先生方であろうということをお考えますと、私どもがいろんなところで一緒に仕事をしようと、あるいは政治的なパワーを出そうというときに、この組織率ということが非常に頭打ちになってくるというなかで、私は組織率を上げたいということですが、これを今までのように、さっきも申しあげましたけれども医師会に入ればこんなメリットがありますから入りなさい、入ってくださいよと言うのではなしに、現在のこの危機的な状況を脱し、しかも国民に良い医療提供をするためにどうするんだ、というみんなの声をどこかで集めていこうと。

そして今後とも信頼される医療提供をみんなでしていくんだ、病院も診療所も大学も一緒に一汗かいていこう、ということがモチベーションになるように、病院の先生方、大学の先生方も若い方に声をかけていただくようにしますし、していただきたいし、私たちもそういうふうな情報を発信

していきたいということがございます。

少なくともこれ以上組織率が下がるといことになれば非常に困るわけがございますけれども、今回の臨床研修の必修化が地域医療というものを新卒の皆さん方に知っていただくいい機会になるということですので、この機会を逃すことは地域医療にとって大きなマイナスになるということで、私どもは非常に画期的な時期だと考えて努力をしていきたいと思っています。

小山田 日本医師会の組織率を上げることには、私はもともと大賛成で、これまでの30年間、勤務医部会、勤務委員会を通じてやってまいりました。しかしこれ以上伸びないと思っています。私どもはその必要性を十分に認識していますし、今後そのための努力をしていますが、日本医師会の体質に問題があるのです。というのは、これまでの日医は会員の半数以上を占めている勤務医の意思を日医の活動に反映する体制が全然なかったからであります。これから先生が会長ですから別ですが、例えば代議員や執行部を見てください。地方でも中央でも勤務医が何人入っていますか。ですから、もし次の会長選挙のときに、勤務医を含めた全会員に選挙権1票ずつあげると言ったら、とたんに組織率は上がりますよ。

そういうことをしないで、県の会長や古い代議員たちが談合して日医の会長を決めています。全国の会員の意見、ましてや病院勤務医の意思は全然反映されておられません。先生もそういうかたちで選ばれたわけです。こうした体質のまま、ただ勤務医師の人数だけ集めてこい、というのではもう時代遅れで、組織率も今が限度だと思います。これをぜひ認識し改革していただきたいものがあります。

座長 ちょっと待ってください、今、先生がずっとお話しくださいますべてよく分かります。分かるんですけども、大事な問題は、今この病院グループもかたちを変えようとしている、医療も変えようとしているときで、たまたま植松会長がお出でになった。大体、病院の代表と日医の代表が公式の場でこうしてお話し合いをするという

のは今までないわけですよ、日本の医療の歴史のなかで。だから植松先生をかばうとか、植松先生の選択の仕方がどうこうなどということは私は申しません。問題は山のようにあるわけで急に直せと言ったって、これで一応今この場にお座りになっているのですから、そうおっしゃってもなかなか難しい問題があって。ただし分かりますよ、先生のお顔を見てると。だからちょっと植松先生のほうのお話も、こんな話ができるというのは今までないんだってということだけは病院関係の方にもよくご了解いただきたいんです。

植松 言いわけではございませんが、私は就任いたしましたときの所信表明で申しあげたんですが、直接選挙というのはきれいごとで良いように見えますが、今ただちに直接選挙をやったとして、だれが会長としてふさわしいかを見ることのできる情報はどこにあるんだろうか。

私どもは日医ニュースも毎週送らせていただいておりますけれども、私が想像いたしますに、7割くらいはゴミ箱に捨てられているだろうということです。それともう1つ、年のいった代議員と云われますけれども、代議員は各府県で選挙で選ばれますので、私がお願いしておりますのは、各都道府県で代議員を選ぶときに民主的に公正に選挙で選んでください、選んでいただいた代議員に私どもは選挙していただくということございまして、今も私の立場からいたしますと、各都道府県で不正な選挙が行われたとは思いませんし、そういう意味では選ばれた代議員で選出されたということでございますので、先生がおっしゃるほど私は選ばれ方のおかしい会長であるとは思っておりません。

ゆくゆくはみんなが直接選挙でも選べるほど成長していただきたいと思っておりますし、勤務医の先生方も勤務のいろいろなご都合がありましようけれども、医師会の役員として働いていただけないようなかたちになっていただきたい。今、診療所の医者が役員に多いといいますけれども、大体診療所の医者は1週間に5日ほど休診して日本医師会の仕事をしているということですので、このあたり

も十分にご理解いただけませんと、勤務医の先生方でそれをやっていたらみんなクビになるわけでございます。そのへんを考えていただきまして、私どもも十分にそのへんには意を用いながらやっているということでございます。

座長 そうしましたら、まだ話題はございますけれども、今私があえてこういう問題を論議していただかなければならない理由というのは、先進国の1つの傾向として、例えば日本医師会であろうが、あるいは全米医師協会であろうが何でもいいのですが、やはり相当の権威を持って、医師の、極端な場合は自浄作用そのものを行っているところがだんだん増えてきているわけです。なぜそうするかといえば、そうしなければ世論が離れていく。だからどうしても、医師はまず、医師のグループ自身が、自らを、自分の姿勢をきちんとしていく。そのためには1つの組織体が必要なんだと。

それは病院組織がもし全部できるのならば、もちろん病院っていうのは他業種、それから大勢の方たちをかかえていらっしゃるわけですから、私はその考え方だって否定はしませんけれども、やはり本当は一本化をしていただきたいんですよ。そして例えばこれをやったら弁護士と同じで、医師会から除名される、医師会という名前でも病院協会でも何でもいいんですけれども、とにかくその医療の組織体から除名される。

その方はいわゆる医療を、保険構造もしくはそのほかのなかではやれないんだというくらいに強い組織力がないと、自浄作用というのは口で言うばかりでちっともできない、と思っているわけですから、あえてそのなかのいちばん問題であり、なかなか難しい問題だということは重々承知ですけども、お話として出ささせていただいたら、植松先生が自分のお考えを述べてくださいましたので、大体これでご了解はいいんじゃないかと思うんですけれども、だめでしょうか。

小山田 今までの医師会長も全く同じことを言っていたらっしゃいました。しかし今度は新しい立場でおなりになりましたから、おそらく変わるんだろうと期待いたしております。

座長 代わっていうのもおかしいんですが、ぜひご期待ください。それでは次の話題。今のは非常に大きな組織体の問題ですけれども、現実問題としてお医者さんが足りないじゃないですか、自治体病院。どうしますか。

医師不足について

小山田 先ほど私は自治体病院のことをお話しましたが、実は今、自治体病院だけでなく、民間病院を含め全国の病院から勤務医が引き揚げているのです。ところが毎年7,000人から7,500人の新卒の医師が出ているんです。死亡、廃業を差し引いても年々3,500人から4,000人増えているんです。増えた分がどこに行っているのか。昨年12月の統計がまだ出ていませんが、大学でも増えていないんです。大学院大学だけは増えています、そのほかの大学ではむしろ医師が足りなくなっているのです……どこに行ったのでしょうか。今、30代から40代の若い医師がこぞって、個人開業に走ったり開業を目指し準備しておるんです。そしてさらに医師紹介業という今までになかった産業が出てきて、30社ほどあります。そのトップがこの1年間にあげた利益が10億ですよ。こうした流れは、若い医師たちがいろいろな束縛から逃れて自由に自分の好むところで、自分の趣向に合ったスタイルでの医療活動をしたい、またそれほどお金にならなくとも都会で住みたいという指向の広がりであります。そうしたことを考えると、これからの日本の病院の姿はどうなるのか。日本の病院の今後のあり方を、今こそ真剣に考えなければならぬと思っております。私ども自治体病院としては、特に地理的条件の悪い地域での病院が多いことから、医師を確保していくためには、先ほど申しましたような病院の集団化とネットワークシステムの構築、そして民間病院も含めた医療連携を図っていくことが最重要だと考えております。

座長 その問題は、大問題だと思うんですけども、今の先生のお話ですと、まず病院グループが具体的にどういうふうにするかという問題で、もしそのときにそれではそういうグループ全体の

お考えと、全部の医師構造と合わせるということになる。日本医師会もそれに加わるという2番手になるんじゃないでしょうか。先にやるべきことは、病院グループのお考えを一本化するとか、一本化じゃなくてもいいんですが、お考えとしてやはりまとめていくと。これはさっき武田先生もちょっとお触れになったんですけども、何とかしてみんなの意見を集めていきたいと。その問題に関して武田先生追加してください。

武田 小山田先生がおっしゃいました30、40代の方の開業指向というのは確かにございます。だから私どもの病院でも開業していく人がたくさんおります。それは大体近くで開業します。もちろん故郷が遠ければ故郷に帰りますけれども、近くで開業しまして、アメリカのオープン病院のようなかたちで自分が診療して、そして必要ならばというかたちを取ってきていますので、病院としてはそれも別に薦めもしませんけれど、特別に危機感とかそういうことじゃなくて、むしろ良いことかなと考えております。これでもって、やはり地域の連携が取れるというように考えております。そういう取り組み方のほうが将来的には良いんじゃないかと思っております。

座長 これはほかの先生いかがでございますか。佐々先生。

佐々 確かに今の30代、40代の勤務医が開業していく、特に内科系ですね。外科系でやはりメスを持ち続けたいという人はなかなか開業できませんが、それ以外の方がどんどん開業していく。それには、まあ植松会長のいるところで大変失礼な言い方かもしれないけれども、やはり病院、特に救急病院にいると勤務が非常にきついし、責任も重いです。それがやはり開業すると比較的時間も余裕ができるという事もありますか、深夜に叩き起こされるということもありませんし、患者の病状からみてもそれほど責任の重い状態でないというような考えがどうしても、特に内科系の医師にあるんだろうと思います。

今、武田先生がおっしゃったように、私どもの病院でも内科系の医師が近くで開業しますけれど

も、近くで開業するということが自体はけっこうなことですが、比較的若い年齢で開業されるということが医師不足の大きな原因になっていると思います。ですから大学の入学の時点で、本当にそのつらい仕事をして、それに誇りが持てるかというような、そのへんを見極めるとというのが大学にとって大事になるんじゃないかなと、そんなことをちょっと思いました。

座長 豊田先生は何かございますか。

豊田 医師不足は公的なお話が先ほど出ましたけれども、それ以上に民間のほうで深刻なんです。さらに地域差がかなり強いということですし、まあ新設の医科大学ができて医師の数が増えて、そして卒業生を出して、地方の病院も、あるいは民間の病院もいつか医師が充足するだろうと思っていた矢先、まだ、民間のほうまで回ってこないうちに厚労省はそのコックを閉め始めましたね。医学部の定員を減らしたりということで供給のコックを閉め始めてもう10年以上になるのでしょうか。政策の誤りだと思えますね。公立病院でも、我々が子どものころは、病院に内科の先生1人とか外科の先生1人とかということがありましたけれども、今はそんなことはありませんし、医療の質を高めようとするだけでも人が必要であるということは先ほど言ったとおりですし、やはり人は必要なんです。

それを統計のうえだけで、今の状態を招いたのは厚労省の明らかな失敗だと思いますね。ですからこのへんを見直してもらうことはひとつですけれども、現実にも今、公的病院と民間病院は医師不足が深刻です。私はこの前、ある大学から回ってきたアンケートに町村合併をしているところの、どうしたらいいかというふうなことに答えたんですけど、公的な病院ですとわりあいそのいくつかの町村が集まって1つに統合して、そこにアクセスを良くする手段を考えることによって地域住民の不便さはある程度解消できると。ところが民間病院の場合は、周りの病院と合併してという話はあまり聞いたことがないですね。あまりそういう雰囲気ではありませんし。

そうしますと結局、民間病院で定められた基準を達することができなければ廃業しなければならないというのが、これからの状況です。ですからこれは非常に深刻な問題で、私どももいちばん頭の痛いところです。

実は6月28日、2日ほど前ですが厚労省と文部科学省と総務省の3者会議で、それに対する基準を緩和するみたいな話が出ていました。それが実際にどういうことなのか、僻地とかその地域、足りないところに対してですけれども、どういうふうに機能するののかというのは注目しています。病院側は困るということと同時に、その病院を頼っている患者さんたちにも直接影響することですので、これらの問題については何とか手を打たなければならないという、まあ悩みだけで決定的な解決方法は今見つかっていないということでもあります。

座長 ありがとうございます、鯨島先生は何かございますか。

鯨島 精神科の領域でも全く同じような状況でございます。一般のクリニックは全体的に増加していると思えますけれど、そのなかでも精神科の診療所というのは急速に増えています。そういった関係で、ちょうど30代、40代のいちばん働き盛りの人たちが診療所を開業するという傾向がありまして、大学の医局でも中堅クラスの人がないということで困っています。公的病院でも同じだろうと思います。それから民間病院でもそうです。

そういうことで非常に深刻なんですけれども、別の面から考えますとクリニックが増えることによって、精神科を受診する患者さんも相当増えているわけですね。それで従来精神科の病院にあまり来なかった人たちが、そういった診療所に受診するようになってきた。そういった意味で神経症領域の患者さんだとか、思春期だとか、いろんなストレス関連の病気の方だとか、まあ精神科の病院に入院している人とはちょっと違った人たちがそういう診療所に来ているといった面がありまして、そういった面では精神科の医療の裾野を広げ

るという役割は果たしているのかなと思います。

あるいは先ほど出ましたけれども、精神医療に対する偏見というのもそういうかたちで多少なりとも敷居が低くなっているといった意味でのプラスの面も多分にあると思います。

確かに病院の外來診療の点数よりも診療所の点数のほうが高いんですけれども、それは診療所は診療所なりの苦勞もあると思いますし、お互いの連携ということを考えてやっていけたらというふうに思っています。

しかし、何しろ人が足りないというのは深刻な問題ですから、精神科に行きたいという人を増やすためには、やはり精神科の医療の将来というか、その明るい展望みたいなものがあって、そのなかでやりがいがあるような医療のあり方、環境を我々がつくっていかなくてはいけないんじゃないかと思ったり、我々の責任でもあるのかなと考えています。

座長 ありがとうございます。ちょうど先生良いこと言ってくれましたという生意気な言い方ですけども、私はやはり医師が自分が医者になってよかったなと心底から思えるのは経済誘導だけではないと思うのでございますね。やはり自分が、それを地域だけではなくて自分の家族にも友人にも周辺にも、これをやったんだというような誇りの持てる職種に転換させていかなきゃいけないんじゃないかと思ったり、初めに偉そうなことをちょっと言わせていただいたのですが、締めくくりで植松先生、ひとつ。

植松 医師不足の問題も絶対数が足りないのか遍在しているのか、いろいろな問題がございますけれども、そうすれば今から大学の入学定員を増やすかという話になります。今週でございますか、西山医療課長が言うように一般病床のなかの急性と亜急性以外、慢性のものは療養にというふうな話も出てきているということです。これも大きなアドバランがございますので、病院団体から反対の声が出ていないなど、私もちょっと不思議なくらいでございますが、こういう流れのなかでどうしていくか。

そのときの医師の数ということも考えなければなりませんし、今の目前の問題だけで、足りないからどうというだけの話じゃなく、やっていかなければならないと思います。また開業する医者が多いという話でございますが、なぜ開業するのかということをもう少し考えていきますと、先ほどのお話でございますように病院医療のなかでの魅力が失せたということがあったり、いろいろなこともありますので、やはりトータルで考えていきませんと、その場その場の対応ということになると、また一時言われましたような医師過剰という話にもならないではないということですので、現実の問題はもっと厳しく自らも省みながら対応を考えていくということが大事なのではないかと思ったり。

もう1点は、これからの医療の提供の体制がどういうふうになるのか、またどういうふうにしななければならないだろうか。そのときの医師の数ということまでも、やはり考える必要があるかと思っております。やはり長期的な展望に立つということの大切さと、そのなかでこの医療費抑制策に耐えながらも明るい明日を目指していくというふうなポジティブな気持ちというものも失いたくないと思ったり。

座長 ありがとうございます。まだどんどんお話、ご意見も出ると思いますが、時間ですのでこれで終わらせていただきます。こういう機会というのは本当に、全部お腹の中をさらけ出すほどではないにしても、そこそこにこの病院団体のトップの方たちと、それから日本医師会のトップの方が、まあまあ客観的にうかがっておりますけれども、言いたい放題とはいいませんけれども、もうちょっとというところまでお話が出たのは土屋会長が望まれておりました、何とかして両方を歩み寄らせて、国民の方たちの信頼を得たいし、また逆に言うと信頼ではなくてやはり正しい尊敬を貰いたいというお考えは当たっていると思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

どうも諸先生ありがとうございます。

記念講演

冒険の心 ～未知への挑戦～

プロスキーヤー・冒険家 三浦 雄一郎

座長 では早速ですが、三浦雄一郎先生の記念講演を始めさせていただきます。三浦先生は、皆さまにご紹介するまでもなく、日本というよりも世界的に有名なプロスキーヤーでございますので、あえてご紹介することもないと思いますが、簡単にご紹介させていただき、あとは先生にお話を戴きたいと思っております。三浦先生を紹介させていただく光栄というのは大変なものであります。

先生は、昭和7年に青森県でお生まれになりました。スキー指導員であったお父さまの敬三先生の影響で、子どものころからスキーにとりつかれ、昭和32年に北海道大学獣医学部の助手からプロスキーヤーに転じて、37年には米国の世界プロスキーヤーに参戦なされ、39年には最高速度を競うイタリアのキロメートルランセで時速172.084kmの当時の世界新記録を樹立されました。これはもう、大変有名なお話でございます。それから57年には南極のビンソン・マッシュフ大滑降、80年にはアルゼンチンのアコン・カグア大滑降と、7大陸最高峰のスキー滑降を達成なさいました。

平成13年、米国で日米合同の中老年チームを結成なされて、エベレスト最高齢登頂記録を更新なされて、14年の5月、次男の豪太さんとチョー・オユウの登頂に成功、15年にお父さん、それから豪太さんと親子3代でのモンブランの氷河を滑走されました。

とにかく、南極から北極まで世界中どこでも滑走なされて現在まで至っております。プロスポー

ツ大賞の殊勲賞もお持ちになって、ワシントン州の名誉市民でもあられます。

現在は、指導にもあたっておられ、48年に青森大学教授に就任なされ、57年には三浦雄一郎スポーツショップを開業なされ、平成4年10月には北海道の滝川市に開校したスポーツ選手対象のクラーク記念国際高等学校の校長に就任なされておられます。著書は『スキーへの入門』、『人生への挑戦』、『冒険野郎世界に滑る』など数多くございます。いろいろ長話をするより、まずはビデオをご覧いただき、そのあとで先生のお話をうかがいたいと思っております。

三浦 こんにちは。ご覧いただいたビデオは、エベレストベースキャンプがあるところ。高さが5,400mありますけれど、ここを出発して頂上に行って帰るのに約12日間かかります。それを12分でご覧いただきました。

なぜ、70歳になってエベレストに？

「エベレストを70歳で登るなんて、物好きな」とか、「年を考えないでそんなことできるな」などと言われてもよかったけれど、私自身も果たして登れるかどうか分かりませんでした。まあやってみよう、やってみたい、とスタートしたのが大体65歳のころです。僕の住まいは北海道の札幌で、あそこはビールもうまいし、焼肉とかジンギスカンとか、当時は飲み放題食べ放題2,950円なんてものがありまして、札幌へ帰るとみんなを集めて、全員で動けなくなるほど飲んで食べてといったことを、しょっちゅう繰り返しておりました。それ

座長：社団法人神奈川県病院協会 会長

土屋 章

が50代後半から60歳になったころだったのですが、世界の7つの大陸を滑って転んで、もう定年だからいいじゃないかとのんびりしていたときです。

僕の父親、三浦敬三といいますけれど、今年の2月15日で100歳を超えました。まだ元気でつきあっております。つい10日ほど前にも日本アルプスの立山で春スキーをやって帰ってきて、7月にもう1回夏スキーだとのこのこ出かけたりしています。その親父が、去年モンブラン、お菓子ではなくて、本当のアルプスのモンブランですけども、そのバレーブランシュという標高4,000mの氷河をスキーで降りるという計画を立てながら、一所懸命にトレーニングを続けておりました。それと今回一緒に頂上へ登った次男の豪太がモーグルという競技をやっておりまして、ノルウェーのリレハンメル、その次の長野と、オリンピックに2回出場、終わってからもワールドカップ、世界選手権が待っているといった状態でした。そんな親父と息子のちょうどその間にはさまれてしまったわけです。

僕はちょうど60歳だし、もう定年でいいのではないかと、飲み放題食べ放題にお金をかけている有様でした。そのうちに、僕は身長が164cmしかないのに、体重が85kgを超え、体脂肪がほぼ40%近い立派なデブに変身してしまいました。

だんだんお腹が出て、ゴルフをやって終わると股ずれを起こしている。スキーなんかやっても、なんかもたもたしている。自分でも情けないなと思いつつも、何だか人間というものには定年などで目標がなくなると、ついこのんびり暮らしがちなものだと、ふと思ったのです。

実はエベレストを人類が、ヒラリーとテンジンですが、登ったのが1953年、去年がちょうどその50周年でした。ちょうどその当時、僕は学生で、北海道で大学をさぼって、山スキーから帰ってきたら、「ヒラリーとテンジンのイギリス隊がエベレストに登った」といって、みんなが大騒ぎしているのです。イギリスのエリザベス女王の戴冠式がそのほぼ1週間前だったと思います。世界中が



講演中の三浦雄一郎氏

大騒ぎになりましたけど、僕はあんな高い山にとうとう登ったのかという漠然とした思いで、人生のなかで自分がエベレストのてっぺんに立つなんて思いもよりませんでした。

先ほどビデオにありましたが、僕がパラシュートを付けて、転んで岩に当たって落ちたというのがちょうど1970年だったんです。あのときは8,000mまで登って、あと1日あれば頂上まで行けたというのに、僕はスキーを付けて飛び降りるようにして降りてきたんですが、実はその年、植村直巳さんと松浦輝夫さんが、日本人で初めてエベレストの頂上に立ちました。ちょうど僕が滑った1週間後のことでした。

このような33年前の思いがあって、「あと1日あったら、地球のいちばん高いところへ行けたんだ」という思いが残っておりました。ところがその思いもずっと60歳を過ぎるころまで忘れておまして、もういいだろうとぶらぶらしておりました。札幌の大学の先輩で札幌病院の院長さつそんをしてられる多田先生に、「三浦君、食べ放題飲み放題で

腹を出してうろうろしているな」とつかまってしまい、血液と尿の検査をしてみると、すべて成人病にひっかかっていました。血圧も165くらい、最小も95で、このまま入院したほうがいいんじゃないかと言われてしまいました。

そこで先ほど言いましたように、あの親父と息子の間にはさまれて、「おれはただのデブでいいのか」という意識が芽生えてまいりまして、階段を登るのもふうふう言いながら登るのいやだな、面倒くさいな、という感じのときに、ついに65歳近くになってから、「今決心しなければ、今1歩前進しなければ、おれは一生エベレストの頂上に立つことはできない」ということで、70歳にその目標を置きました。

65歳からの挑戦

まずデブと成人病を治さなければいけませんし、山を登る体力、足の力がどのくらい残っているのか試さなければいけません。ということで、私の家のすぐ裏に藻岩山というのが残っておりまして、531mしかなくて、山というよりは丘なんですけど、家のすぐ近くからロープウェイでぱっと頂上に行けますし、裏のほうからだと車でもすぐに行けます。札幌へ引越してから25年くらい経ちますけど、考えてみれば一度も歩いて登ったことがなかったわけですから、とりあえず地元の裏の山からスタートして順繰りに、と思いました。

ただ、500mの丘ですから、空身で登るのは簡単過ぎるということで、カビの生えた登山靴で、15kgくらいを背中に背負って登り始めたところ、30分もしないうちに脂汗が出てきました。僕はもともと心臓に変な不整脈があったんですが、どういわけか、僕の父親に聞いたらおれも不整脈があると。100歳を超えて不整脈を持ちながらまだ山でスキー滑っているんですから、人間、欠陥が1つ2つあっても生きていけるんだなと思っていましたら、案の定、悪い不整脈が出始めまして、もう呼吸困難の状態でした。馬の背という峠がありまして、早い人なら15分くらい、いくらのんびり行っても30分あれば頂上まで行けるんですが、

そこに椅子があって、どんと腰掛けたらもう登る元気がない。今日はここまでということで、あきらめて下山してまいりました。でも、幼稚園の生徒たちがきゃあきゃあ言いながら遠足で登ってくるんです。僕はふらふら登っていたのに、80歳過ぎのご夫婦たちがすいすい追いついていく。これからエベレストに登ろうとひそかに思っている65歳がこの調子では…… そう思いながら、とほとほと戻ってまいりました。

これでめげていたのではスタートできないので、とりあえずトレーニングの第1歩を踏み出そうということで、エベレストのことを調べてみたんです。するとその当時は、頂上に登った帰りに5人に1人は死ぬとありました。ベースキャンプから登ろうと思って、1回で登る人は少ないですけど、登頂率は30歳前後のほぼ一流の登山家たちも含めて良くても30%、10人登って3人しか成功しないというのですね。そういうことをいろいろ調べると、70歳で本当に登れるのかどうか心細くなったんですが、ともかくやってみようと思心したんです。

ただ、考えてみたんですが、この先5年間トレーニングしても頂上には登れないかもしれないし、途中で死ぬかもしれない。そう思ったら、5年間つらいだけ厳しいだけのトレーニングはしないことにしよう。トレーニングをするにしても、のんびり人生の晩年を楽しみながら、飲み放題食べ放題、ビールもウイスキーも焼酎もやめないで、と決心しました。なんだか随分と変な決心なんですけど。札幌にはススキノというところがあり、友達なんか札幌に来て誘われたときなどは決して断らない。コンサートや映画があったら大体見に行くことにしておりました。

と言いますのは、私の友人で、還暦60歳でエベレストに登ると言って3年間禁酒した者がいたんです。そして、朝5時に起きてマラソンだとか、ジムに行って体操だとか、富士山を何十回登るんだとか、実に涙ぐましい努力をしてエベレストに行きました。先ほどの映像で、稜線があってぼつんぼつんぼつんとそのなかに僕もいたわけですが

ど、あのとっぺん、あれがエベレストの南方、南側のコブなんですけど、8,700mくらいあるんです。彼はあそこまで行って、頂上まであと2時間あれば行けるのに、とうとう力尽きて戻ってきてしまった。

それで思ったのです。還暦であれほどまじめに禁酒してトレーニングをがんばっても、頂上まで行けなかったのかと。

トレーニング方法と実践

先ほど言いましたように、飲み放題食べ放題をやめないで、適当に人生を楽しみながら、その飲み放題食べ放題でエベレストに登ればそりゃいいのです。しかし、それでもやっぱりトレーニングはしなきゃいけないということです。そこで僕は、けれども朝早く起きて眠いのを我慢して走ったりするのはやめよう。それからジムに行ったり、腹筋を鍛えろとか、あんまり好きじゃないトレーニングはしない。あとジョギングもしない。

そこで何をしようか、何をするのがいちばんいいかと思ったわけです。今でもそうですけど、登山靴を履いて、毎日どこかをうろろと歩いていたのです。札幌でも街中うろろ歩き回り、ビール飲み放題へ行くのも家からのこのこ出かけて、たらふく飲んで、また帰りは汗をかきながら帰ってくるというようなことです。登山靴で、足首にも1kgの重りをつけて歩いていました。これはアングルウエイトといいまして、運動具屋さんで簡単に手に入ります。1年目は1kg、2年目は2kg、3年目からは少し慣れてきたので、5kgずつと増やしていきました。そして3年目ごろからは背中に15kgから20kgくらい背負って家を出て、仕事をする。あるいは歩いているときは、ウエイトを付けた背中にさらに荷物を背負いました。これはトレーニングというより、そういう習慣をつけようということです。結果として、このエベレストのための5年間のトレーニングでは、腕立て伏せなんか1回もやったことがなく、ジョギングをしたこともない。腹筋運動なんてそんなつまらないこともしたことがありません。ただひたすら荷物を

背負って、足に重りをつけてうろろ歩いただけでした。

最終的にどのくらいだったのかを思い出してみますと、およそ2年間は、片足5kgくらい付け、背中に25kgくらい背負っておりました。なるほど、街歩きでもこれだけ負荷をかけて30分以上ぶらぶら歩きますと、ヒマラヤの4,000m程度と同じで、やはり心拍数が上がってきますし、かなり汗も出てきたりします。

住まいは札幌ですが、東京の原宿にもマンションがありまして、最上階で下を見下ろしますと明治神宮の森が見えます。代々木公園、NHK、晴れていると富士山なんかが見えるんです。朝、今日は大丈夫だ、午前中にちょっと時間があるぞ、となると、背中に15kgくらい背負って、登山靴を履いて、まず明治神宮をうろろ歩き回ります。時間があれば代々木公園だとか、NHKなどを回り、朝の散歩はそのように行っています。

5年前ですが、いつものように大きいザックを背負って、野球帽をかぶって、登山靴を履いて、うろろと神宮の森を歩いていますと、後ろにだれかがついてくるんですね。振り返ってみると、ガードマンが2人自転車ですとあとをつけてくるんです。ホームレスみたいな変なおっさんが、こんなところでうろろしている、テントなんか張られちゃ困るというふうに思われたんですね。何か月か経って、こいつは大丈夫だと分かってくれたのか、解放されましたけれども。

またある日、6月の下旬の梅雨どきの朝のことです。明治神宮の森というのはけっこう巨木が多い大森林公園、庭園なのですが、小さい道がいくつかあって、僕はできるだけ人の通らないところをうろろと歩いています。すると片方の道から、僕よりずっと背の高い、品のいい80歳以上と思える方が現れ、僕を上から見下ろすように、「こんな重い荷物のかついで、どこに行くんですか」と語りかけられました。「できたらヒマラヤへでも」といったことを話しながら、2人でぶらぶら歩きました。彼は韓国の生まれで、若いころひどい目にあってつらい思いをしたが、今はかな

り裕福になって店を息子に譲ったという話をされたのです。そして、「しかし人間いくつになっても健康第一」とここまでは当たり前の話です。そのあとの話がとても印象的でした。彼の人生哲学ですが、まず第1に人間として生まれたなら親より先に死んではいけない、長生きしなければいけない。第2に、長生きするだけではなく、健康でなければならぬ。このあとの3番目からが面白いんです。突然、3番目に、おいしいものをいっぱい食べなければいけないと言うんです。人生を楽しみなさいということなんだと思います。4番目が、徳を積みなさい。世のため人のためになるように、と。そして5番目が、ぼっくり死ぬことである、と。これを聞いてとても感動しました。もう人生の完結編まで教わって、あっと思ったらもうその人はいませんでした。

それからもう5年以上も経っていますが、あれから同じ時間に同じコースを歩いていますが、一度もお会いできないんです。ひょっとしたらぼっくり逝かれたのかな、ひょっとしたら神様だったのかなと。人生、不思議な出会いがあるものです。そのような出会いをしたりしながら、重荷を担いで歩くということだけは繰り返しやってまいりました。

500mの山も登れませんでした、そうやって半年歩いてみてから、富士山に登ってみました。10月の初めですが、雪がちょっとかぶっていました。ヒマラヤに行く者は、5合目から頂上まで3時間で登れなければいけないといわれていますが、うちの会社のオリンピックのコーチだった連中と一緒にいったら、彼らがけっこう速くて、僕はふうふう言いながらついて行って、やっと3時間ちょっとで着けました。帰りには、頂上の噴火口をひと回りしてゴミを拾いながら、下りは本当はやってはいけないんですけど、下にだれも登山客がいなかったの、上から直線まっしぐらに落石と同じようなスピードで下りました。途中で意地になって、駐車場まで1時間を切ろうと思ったのですが、それは切れませんでした。しかし、トレーニングを半年やってこんなに違うものかとびっく

りしました。

スポーツ生理学のこと

エベレストに同行して登った豪太ですが、彼はオリンピックに2回出て、そのあとワールドカップと、大学を卒業するのに9年かかっていましたが、一応、大学の卒業証書だけはもらっておかないと困ると思ったのか、最後の半年、残った卒論のテーマに取り組みました。彼の大学はユタ州立大学ですが、専攻がスポーツ生理学でした。「70歳から90歳までの高齢者の体力向上プログラム」というテーマで、自分で計画を立てて老人ホームへのこのこと行きまして、これを卒論にしたんです。こういうことをやるんだということを言いましたら、20人参加してくれたそうです。3カ月の間、車椅子でなければ坂道を歩けないようなおばあちゃんやアルツハイマーに近いおじいちゃんを見て、その人たちにふさわしいプログラムを立ててあげて、筋力の向上をやっているうちに、3カ月でこんなに違うのかという成果がありました。ところが3カ月経つと、おれはこんなのいやだ、私はもうたくさん、と言って、最後は10人しか残らなかったそうですけど。

最後に残った10人には、あと3カ月間がんばりましょうということで、どんなスポーツをやりましたか、やりたいですかといったことを聞いたりのです。テニスとかゴルフとかスキーだとか、ニューヨークの孫にできたら会いたいといった答えもあったそうです。そして3カ月後の具体的な目標を立てたら、それからの目の輝きが違ってきて元気になった。結果として、5人の人、10人残ったうちの半分の人たちが、テニスもゴルフもスキーもできるようになったそうです。

彼に言わせると、この70歳から90歳の体力が向上する曲線というのは、20歳の人トレーニングして上がる曲線とそんなに変わらないのだそうです。人間というのはいくつになっても、いつからでも体力、筋力は向上するとも言えるのです。どうしてかと聞いてみたら、お父さんみたいにあんなデブで、階段を上るのもしんどいような人が半年

であんなに変身できたし、おじいちゃんなんか99歳でモンブランを滑るんだと一所懸命にトレーニングしているじゃないか。これはわが家だけ特別なのかと思ってアメリカに行って老人ホームでやってみたら、結果として全く同じような数字が出て、とても喜ばれもした、という話だったんです。

今回、僕はトレーニングの合間、もっぱら富士山に、2年間で10回くらい登りました。それからあとの3年間、これはヒマラヤの5,000m、5,500m、6,000m、6,500m、8,000mとレベルを上げていき、エベレストに行く前年は、チュウオウウといまして8,201mの世界で6番目に高い山へ登ってきました。

そのヒマラヤへ行く前と、帰ってからと、また行く前、帰ってからと、訪ねたところがあります。鹿児島県にあります鹿屋体育大学の山本正嘉先生という、登山家でスポーツ生理学者で、その研究所長をやっていたらっしゃる方がいて、彼の『登山の医学生理学百科』なんていう本、僕はこれを読んで、あっ、日本にもこんなにすごい登山生理学者がいるんだ、と思ったものです。その研究所を訪ねていったのです。そこでは、一般的な最大酸素摂取量だ、瞬発力だ、30秒で腹筋が何回できるだとか、肺活量だ、骨の密度だ、ということをやっている。

彼の研究室は登山家だけあって、低酸素室があるんです。10畳よりちょっと小さいでしょうか、そのスペースの中で、酸素をどんどん抜くと高度6,000mまでの低酸素室になる。そこにベッドが4つありまして、今晩は4,000mで寝てみようとか、5,000mで寝てみたら、というふうの高所の6,000mまでシミュレーションできます。おまけにルームランナーの化け物みたいなのや、バイクがあったりして、それぞれで高所低酸素のトレーニングができます。

3度目の訪問時に、僕の父親を誘いました。当時97歳だったんですけど、とってもしっかり好奇心が強いおじいさんで、行きたい行きたいと思っていたんだ、と喜んでいました。研究所の先生方も、97歳で喜んでスポーツテストを受けるなんて、この研

究所では初めてだということでした。ただし、死なれちゃ困るものですからあまりハードなことはしないということで、10分間でどのくらい校庭を競歩で歩けるかだとか、目をつぶって片足でどのくらい立ってられるかというようなことをやりました。そのとき、目をつぶって片足だと3秒立ってられなかったんです。ああ年を取るとこんなにバランスが悪くなるのかと思いました。

骨密度そのほかのテストを終えて、お昼ご飯を食べたあと、芝生で仲間と昼寝をしていたんです。気づいたら、あれ敬三さんがいない。おじいさんいないよ、トイレでも行っているのかな、なかなか帰ってこないぞ、ということで捜し回っていたら、研究所の片隅で、目をつぶって片足で立つ練習を一所懸命やっていたんです。自分でさっき3秒しかできなかったのが5秒できる、10秒できるようになったと言って。いろいろ工夫をしていましたけど、それを見て、これが親父の長生きの秘密の1つかなって思いました。

ちょうどそのとき、脳の血液の流れや、血流、血管年齢を測る新しい機械が入ったばかりだと専門の教授がおっしゃいまして、敬三先生、パンツ一丁にされて足首だとか心臓のところにセンサーを付けられました。そして、首の頸動脈にセンサーを当てると、ブラウン管にビューと血が映し出てきます。「これすごいですね、97歳ですか。脳の血流、血管年齢はほぼ40代だ」とおっしゃいました。次は僕の番です。すると教授がぶつぶつ言っているんです。機械が故障でもしたのかなと思ったら、「なんだか敬三さんより息子さんのほう、雄一郎さんのほうが血の流れが悪い」と言う。僕はがっくりきました。

『徹子の部屋』での敬三さんの話

今でも100歳を超えてスキーをやっている、山に登れるという親父の元気の秘密なんです。黒柳徹子さんの『徹子の部屋』ってずいぶん長く続いているテレビの番組です。実は僕、この番組に3回出ていたんです。1回目は、植村直巳さんがマッキンレーで遭難した際、植村さんの山の友だ



ちということで、植村直巳をしのぶということです。その次は、長谷川恒夫さんという登山家ですが、彼がヒマラヤで遭難した時、長谷川さんの山の仲間ということで、長谷川恒夫をしのぶということです。3回目は、三浦雄一郎をしのぶのかと思ったら、エベレストからやっと生きて帰ってきて、昨年出ることになりました。

その時、徹子さんがおっしゃるには、5年前に敬三先生に出てもらいましたけど、95を過ぎてこんなに元気に山に登り、スキーをやっている珍しい年寄りがいるっていうことで取り上げていただいたということでした。

その時の敬三さんの、具体的にどんなトレーニングをしているかとか、どんな食生活かといった話のなかで、際立って3つ面白いものがあるんです。

1つは、スペシャルドリンクというのをわしは飲んでいる。これはヨーグルト、牛乳、きな粉、ゴマの粉、黒砂糖と、卵を酢に1週間漬けると殻がぶよぶよになる。それを丸ごとジューサーに入れたものをコップ1杯飲んで、残ったのは冷蔵庫に入れて好きなときに飲むんですけど、このスペシャルドリンクをやっていると。

その次は何かと思ったら、朝起きた直後、頭がぼんやりしていますから、鼻を片っぽ押さえて、片方の鼻で深呼吸を繰り返すと。右が終わったら

次は左だというぐあいに、鼻呼吸をする。

鼻呼吸というのは、僕も片っぽの鼻が肥大したり詰まったりしていたのが、それで通りが良くなったりはしますが、やはり呼吸する筋肉、これが鍛えられるわけで、これを徹底して繰り返すということです。

例えば山などで、ヒマラヤなんて特にそうですが、マイナス30℃で、凄まじく乾燥しています。湿度なども3%くらい、あるいは0%に近く、そこでマイナス30℃の超冷却です。あるいは南極の最高峰、ビンソンマッシューフといまして、南極でも5,100m以上の山がありますけど、そこに行ったときに最終キャンプは標高4,800mです。そこにテントを張ったとき、外気温がマイナス60℃です。テントの中でいくらストーブを焚いてもマイナス40℃以上にはならない。寝袋がそのまま棺桶になっているようなところなんです。そんなところで口をあけて呼吸をしようものなら、あっという間に気管の奥まで凍ってしまうというすごさです。ですからフェイスマスクをして、徹底した鼻呼吸をしないと危ないのです。ヒマラヤでうっかり苦しくなって口呼吸をすると、喉がやられ、喘息よりもっとひどいせきが出ます。肋骨が2本3本ボキボキ折れてしまう人も随分います。そんなわけで鼻呼吸が大切になるんです。

その次が何かと思いましたら、急に舌をこう、右左に出して、これを鼻呼吸が終わったあと最低150回やるということなんです。どうしてこんなことをやるのかと聞いたら、90歳近くになって鏡を見たらしわが増えて、だいぶしみや斑点が出てきた。これを何とかしたいということで、舌を出す、力いっぱい舌を出す。これをやっていると、だんだんしわが取れて、しみもだんだんなくなってきた。今年の敬老の日ですが、NHKスペシャルで高齢者の元気な人を取り上げてくれまして、そこに親父も出ます。もしご覧いただく機会がありましたら見てください。100歳を超えても全然しわもなく、しみも消えております。この舌を出す、これを普段やっていない人が思い切って30回くらいやると、頭がくらくらするくらいです。そんな

わけで、ひょっとしたら間接的には甲状腺あるいは唾液ホルモンを刺激することになるし、顎からこめかみあたりまで、頭の中の筋肉、どんなのがあるか知りませんが、結果として、脳の血の流れが良くなることにつながっているのではないかなと思います。

本当に100歳を超えても綺麗な字を書いて、年賀状も自分で返事を書いてということはまだやっております。その元気の秘密が、スペシャルドリンク、鼻呼吸、舌を出す、です。まあ、ウォーキングやジョギングはやっておりますが。

高山病、低酸素への対応

ヒマラヤでなくても、昔は大体3,000mより上は高山病になるとか、人によっては2,500m、あるいは富士山の5合目くらい、2,300mくらいからといわれていました。今では登山の専門の生理学者やお医者さんに言わせると1,500mからそろそろ高山病の症状が出始める人がいるそうです。

私どもが吸っています空気は酸素が21%ですけれども、これが7,000m以上になりますと、気圧も3分の1になりますから、酸素も7%以下になります。数字で言っても僕はどうしてもピンと来なくて、高山病はどういう感じかなと思っていました。

おととしの正月に、僕の親父が白寿でモンブランを滑るということで、暮れから正月にかけて、いろいろなテレビ、雑誌などから取材陣が随分来しました。親子3代で滑ってくださいとか、インタビューとかいろいろ注文がありました。当時、香港・中国でSARSが流行っていましたが、うっかり僕も今回エベレストに行った豪太も、札幌で流行っていたインフルエンザにかかってあっという間に熱が40℃くらいになって、立っていてもふらつく、寝ていても苦しいという有様でした。しかし99歳は滑るというので、おれは風邪をひいているからと逃げるわけにもいかない、ということで本当に死ぬ思いをしながら親父のあとを追ひ、階段を上るときには手すりにもたれるようにして上らなきゃいけない。年越し蕎麦を食べているとき

にも、テレビカメラが3台くらい覗いている。紅白歌合戦が終わって、やっとのことでベッドに潜り込んだら明日は救急病院で点滴でも受けないと危ないんじゃないかと思いました。本当にめまいはするわ呼吸困難だわで大変でした。

その時、ひょっとしたらと感じたんです。この感じが、8,000mで高山病になりかけている感じだということに気がついたんです。

エベレストのような8,000m以上に行くと大変です。特にエベレストでは、入山料、これはタイで払いますけど、1人で行っても700万取られます。それから酸素ボンベ持っていったり、登山用具だったり、シェルパに頼んだりです。酸素ボンベを8,000mまで持ち上げると1本6万円くらいかかり、1人最低でも500万円、ちょっと年寄りで余計に酸素を吸わせてもらうとすると1,000万円近くかかる。1,000万円近くかけて8,000mまで行ってひどい目に遭ってきます。当然、高山病にかかったりします。

これが無料で味わえるというのを僕は発見したんですけど、これはインフルエンザにかかることだと気がつきました。ですから、皆さんこれからでもかまいませんので、ぜひインフルエンザにかかってみてください。あっ、無料で8,000mまで行けた、そんな感じです。

その感じのまま、登山靴、オーバーシューズにアイゼン付けて、クランポン付けて、酸素ボンベ2本持って、水も2ℓくらい、食料、帽子、手袋スベア、カメラそのほか、何やかや全部入れて、靴下の果てから全部ですけど、身に着けている全重量がほぼ25kgくらいになります。今回、一緒にエベレストに行って映像を撮ってくれた村口徳行さん。彼は今、神奈川県に住んでいますけれども、彼は今年4回目、つい1カ月前ちょっと前にまたエベレストに登りました。おそらく世界で何人もいないすごい登山家です。エベレストの頂上でカメラを回せる日本人は彼ともう1人くらいしかいない。その彼でももう5,000mくらいで頭が痛いとか言います。また特に7,500mくらいをデスゾーン、死の地帯といいます。皆さん医療関係の方な

のでご存じと思いますが、血液の酸素濃度を測るパルスオキシメーター、今は小さなマッチ箱を真っ二つに割ってはさむようなものがあります。普段この酸素濃度が98前後、99とか96、97とか、これが交通事故なんかで出血多量だかなんかでこのパルスオキシメーターの数値が80以下になると、集中治療室に入れないと危ないとされています。これが、ほとんどご臨終寸前の50から40くらいの範囲で行動しているわけです。生きているのが不思議なくらいの、ぎりぎりの血中酸素濃度ですから、救命医の先生方に言わせると、よくそれで生きているなという世界、いつ死んでも、目をつぶってずっと3分したらすぐ死ぬるなという世界です。ですからだんだんとベースキャンプの高度に体を慣らして順応していくわけです。

カトマンズを出発して、ルックラというところまで飛行機で行きますけど、そこからとんとん拍子で歩いていけば1週間くらいでベースキャンプまで着くんです。それをほぼ3週間かけて、2,500m、3,000m、3,500mと500mずつ高度を上げながら、そして3,500くらいで、またそこで4、5日暮らして、その間に4,000mまで行って戻ってきても、これを繰り返して、ベースキャンプまでたどり着きます。

去年、僕はちょうど雪男の皮があるなんていうパンボジェというところのお寺の脇のシェルパの家で、お茶飲んで昼飯食べて、高度は3,000、ちょうど富士山の頂上くらいのところですよ。普通のおじさんやおばあさん、トレッカーがすいすいと散歩しているところですよ。僕はちょっと風邪気味で、まあ高山病なんですけれども、ちょっと下痢が続いていたんです。それまで苦しかったんですけど、普通に歩いていました。

ところが、お昼を食べて、ぱっと小屋を出て5分もたたないうちにめまいがしてまいりました。胸にセンサーを付けて、この時計に飛ばしていますけれども、ふと見たら心臓が空回りしているんです。グーンと。見たら心拍数が180に上がっています。それで気を失いかける前にまたふと見たら、心臓が止まっているのではないかと、30にな

っているんです。180と30です。しばらくじっとして落ち着きかけてきて、また10歩くらい歩き始めると180くらいにぐっと上がるんです。またじっとしていると30に落ちている。異常な心細動かどうか分かりませんが、その時、これで眠って気がついたらあの世か、あるいは病院のベッドの上かと思いました。僕のすぐ後ろについておりました長男の雄太が、「お父さんあんまり水飲んでいないでしょう」と言ってくれました。下痢が続いていて、水飲むのも面倒くさいと思っていましたので脱水状態でした。

そういう高い山の登山というのは究極の老人病になってしまうといわれていて、エベレストの頂上8,848mに到達するということは、20歳の登山家の肉体年齢が90歳になるといわれています。そんな意味で考えて、僕は、頂上に立った時にふと「オレはもう150歳か」と思ったものです。ということで下界に帰ってきたので、おれは随分長生きして帰ってきた。浦島太郎ならぬ浦島雄一郎になって下界に帰ってきたと思いました。

そんな感じであらゆる成人病の状態、呼吸器、胃腸関係でもあるいは循環器関係でも、全部がぎりぎり人間が生存の限界を越しながら、まあ越したら死んじゃうんですけど、ぎりぎりだましまし行動しなければならない、ということになります。

富士山のとっぺんくらいのところでこの症状が出て、8,000mに行ったらどうなることだろうと本当に心細かったのです。僕はふらふらして、荷物も背負えないでシェルパに持ってもらい、寒気がするんで頂上へ行くときの羽毛服から全部着て、とぼとぼ歩いてやっと途中のシェルパの家の中に入れてもらって、ストーブに当たって、温かいお茶を飲んで、少し歩けるようになった。また、小屋を出て山道を歩き始めたら、ずっと外人が来て、「オー！ ミスターミウラ」と声をかけられました。よく見たらアメリカのナショナルジオグラフィック社の記者兼カメラマンがビデオを担いでいました。実はすでにカトマンズで、何で70歳でエベレストに登るのかなんて取材を受けていたんで

す。彼がすっと来て、何とかかんとかと言って、すっといなくなっただけで、ああよかったなと思っただけなんです。そしてしばらく歩いていたら、大きな岩のところで、陰から彼がじっと僕のことをカメラで撮っていたんです。これからエベレストの頂上へ行こうとしている70歳のおじいさんが、この辺で死にそうになって歩いているという場面が取材できたみたいです。僕は悔しかったものだから、カメラのレンズの前でVサインしてやりました。

それからもだましまし、5分に1回水やお茶を摂り、それでやっと4,200mのペリチェというところに着きました。

ここで3日ほどゆっくりと滞在して、お腹を温めたり、温かいものをどんどん飲んだりしていました。そこには高山学研究所があり、アメリカのシアトルから来た登山家でドクターがちょうどいらっしやっただけで、彼のところにこのこと行きました。ひげ面の山男のお医者さんは、「あっ、お前ミウラか、おれはあんたがエベレストを滑った映画を5回見た」とか言っていました。僕は、年だし昨日もこんなに死にそうになった、という話をして診てもらいました。そうしたら、「血圧、なんだもう治っているじゃないか」と呑気なことを言うんです。そして、これ飲むともう大丈夫と言って渡された黄色いタブレット、下痢止めみたいなものをもらって、もういいんだなんて気になりました。なんだか頼りなかったですけど。

少しずつ水分を摂ること、お腹を温めることを繰り返しながら、僕は寝袋温泉というのを発明しました。何てことない、晩ご飯食べて寝るとき、大きな水筒、1ℓの登山用といってもその辺のスーパーで売っていますが、これに温かい薄いミルクティーとか、ホットバームとかを入れ、それを湯たんぽ代わりにお腹や足を温めるだけのものです。4,000mでも5,000mでも8,000mでも、何となくぼかぼかして温泉につかっているような気がして、自称寝袋温泉と言っています。

ヒマラヤでは最低5ℓ、行動する場合には10ℓの水分を摂らないと脱水症状を起こすといわれて

います。特に、明け方に高山病で死んでいる人が多いものから、寝ているとき死なないようにと、できるだけ水分を摂らなければいけないということで、夜中に最低3回はおしっこに起きます。だから晩ご飯のとき、できるだけがぶがぶお茶にハチミツを入れてすべて飲むようにすると、2時間半くらい経つとはっと目が覚めるようになります。といっても、外に出ておしっこするのも面倒くさいし、寒いものですから、山をやる人はもうみんなやっていますけれど、山でトイレのことをキジ撃ちというんです。大きいほうを大キジ、小さいほうを小キジというんです。小さいほうは登山用の水筒、1ℓの水筒を3、4本持っていますが、この1本をトイレ専用に使います。寝袋から起きて、シャーとして、また閉めてと、寝る前にまた水をがぶがぶ飲んで、そうするとまた2時間半か3時間くらいすると目が覚めて、そうするとその間、自分が生きていることを確認できるわけですから、できるだけ夜中は目を覚ますということをし繰り返す、もっともろくに寝れもしないんですけど。ところがその水筒、同じ格好をしているものですから、あれどっちだったか分からなくなって、まあどっちでもいいやなんて感じていいかげんにやっています。

そんなわけで、エベレストの5,300mのベースキャンプからとんとんと頂上まで行ければいいんですけど、まず高さに体を慣らすことが必要です。赤血球をどんどん増やさなければいけないということで、先ほどのベースキャンプからクレバスみたいなところをはしごみたいなので渡って、キャンプファン6,000mのところまで上がって戻ってくる。また2、3日休養して今度は6,000mまで上がって、2、3日暮らしてから戻ってくる。これでほぼ6,000mの高度に体が慣れてきます。それでまた2、3日休んだら今度は6,400mまで2日かかりで、ここで泊まってまた戻ってくる。それからまた、のこのこ6,400mまで行って2、3日暮らす。7,000mまで行って帰ってくる。もう死んだほうがいいくらいですが、クレバスでいつ死ぬかもしれない。あのアイスホールのはしごをかけ

ていたあのクレバスですが、1日1mくらい、ズズッとずれていますから、本当に恐竜の口の中を歩いているようなもので、いつパクッとやられるか分からない、そんな感じの世界です。

最後にベースキャンプを出て、また2日かかりで6,400mのキャンプ2に行くのですが、エベレストの南壁の直下です。そこから7,300mへ登って帰ってくる、これは酸素なしです。どうして7,300まで酸素なしで行って帰ってくるのかというと、もしエベレストの頂上付近で酸素が切れても7,300から7,500までは酸素なしで動けるといいう高度順応です。そのようにしておかないと、あっという間に死んでしまいます。例えばこの部屋の空気をエベレストの頂上8,848mにしたら、10分で全員が脳死状態で死んでしまうといわれています。

本当に死んだほうがましだというくらいつらい思いをして、そしてベースキャンプから今度は2日かかりで4,000mに戻って休養します。ほぼ1週間休養します。ここで午前中ぶらぶらと昼寝をして、午後からのこのこ出て4,800から5,000mまで登って体を慣らし、ベースキャンプへ。そしていよいよお天気を見て、出発です。

エベレストの頂上へ

やっと8,000mまでたどり着きました。今年はちょっと空梅雨みたいで気分がいいんですが、去年も今年も異常気象と言われます。去年のヒマラヤも異常なジェットストリームがしょっちゅう来るんです。ヨーロッパの方からぐるっとアフリカを通過して、イラク、アフガニスタン、パキスタン、そしてヒマラヤ、インド、チベットに流れ、中国、日本海を通過してアメリカへとぐるっと偏西風が吹きます。ジェットストリームがほぼ時速200kmの平均スピードで走っているんだそうです。これが高度8,000mから1万5,000mです。

この風がヒマラヤにも来ると、あっという間に時速200kmの風速になります。人間なんか斜面にうっかりいると、200kmなら大丈夫かもしれませんが、瞬間的に突風が吹くという場合、ゴミみた

いに飛ばされてしまいます。

そんなわけで、風が強い。行こうと思ってもすぐ撃退され、予定よりほぼ10日間遅れて、やっと8,000mまでたどり着くことができました。ところが8,000mで1泊して最終キャンプと思っておりましたら、ここでまた風が強くてもう1泊しなければいけない。8,000mで2泊したわけですが、そのちょうどお昼ごろに風がやみました。

せつかくですから、地球上で一番高い峠があるのでそこを散歩しようと、33年前ここに来て滑り降りていますから、何か懐かしいということで、村口さんと息子と3人でこれも酸素なしでうろろと歩きました。幅が500mくらい長さが800mくらいあり、地球上で一番高い峠ですが、渡り鳥がここを越えていきます。ヒマラヤを越えるアネハズルという、カラスよりちょっと大きいピンク色をしたツルが編隊を組んでかっこよく越えていたりしておりますが、彼らは酸素ボンベもないのに8,000、9,000mまで行くといわれています。しかし、マイナス50℃の世界、力尽きて落ちている鳥もいくつかいるんです。ひょっとして新しい鳥が落ちていましたら、焼き鳥にでもして食べてしまおうと思ったんですが、みんなからからにしぼんでいました。チベット側をのぞいたら、岩の間に大きなワシの死体が、急降下したままの状態に翼が岩にはさまっていて、へえー、こんな大きな鳥まで8,000mを越えて上がってきたんだ、と感心しました。上昇気流に乗ってさっきの渡り鳥を追いかけてきたんだと思うんですけど、手に持ってみたらずっしりと重いんです。本当は日本に連れて持って帰りたかったんですけど、まだこれから頂上へ行かなければならないので、じゃあ、お墓でも作ろうか、ということにしました。ちょうど膝くらいの高さで1m50cm四方くらいの四角の岩があったので、それを載っけてみたらびったりで、時速300kmくらいの風が吹いても飛ばないように石を積み上げて、ワシの墓を中に作ってあげました。そうして拜んだら、何だかとても良いことをしたように思いました。

このチョモランマ、エベレストのことを本当は

チョモランマというんです。チョモランマとは、ヒンズーあるいは仏教の仏典にもあるんですけど、トラにまたがるジョモミオラサンマという女神と、このミオラサンマのすみかでの使いの霊鳥が棲んでいるといひます。

チベットではお葬式が終わると、その遺体をばらばらにして、あるお寺の裏の岩の上に置いておくとワシが飛んできて、その肉体はつばまれるが、魂は天国へ運ばれる。ひょっとしたらここは天国かな、でも生活は地獄みたいだと思ひながら、ワシのお墓を作ってみました。ふと、これはワシのお墓だけ、ひょっとしたらわしの墓かなと縁起でもない悪い冗談が頭をかすめてしまつて困つてしまいました。

翌日、登つていきました。8,300mくらいまで行くと、遺体がいくつもあるんです。特に有名なものが、と言うと変ですけど、スコット・フィッシャーという有名な登山家で、酸素なしで3回エベレストに行つて、3度目に遭難しました。そのフィッシャーの遺体が蠟人形みたいになつて、まだ雪と岩の間にはさまれていたりします。

そしてようやく8,400mまでたどり着く。8,400m以上はできるだけ滞在時間を短くしないと、酸素、あるいは環境が悪いものですから、どんどん体力が落ちていきます。ですから、これも仮眠して、9時ごろもう寝て、そして、夜の11時ごろ支度をして、3時ごろ出発して、夜明けの頂上を見て帰つて来るというスケジュールです。

また風が強くなつて、とても出発できず、とうとう8,400mでも2泊することになりました。途中、仮眠して、頂上に行つて帰るといふそれだけの食料と燃料を、シェルパがサポートして、持ち上げて来てくれるということだったんですけど、風が強くてサポートのシェルパが登つて来れないという。もう昼くらいになったら、酸素がなくなる。当然1日10ℓ飲まないといふ脱水症状で、脳血栓、心筋梗塞になるといふのですが、体がじりじりと焼けてくるような感じがします。どうも水もなくなつて食料も来ないといふことです。もう3時間たつたら危ない、そこから脱出しな限りは生き

て帰れないというぎりぎりのところでした。

運よく、ぎりぎり夕方4時にサポート隊が酸素、水を持って登つて来てくれました。

最後の身支度をしまして、テントの外に出て、これから登ろうとするエベレストの頂上を見上げましたら、これが何か巨大なつらがどーんと夜空、宇宙に向けて突き上げているといふふうでした。そして、僕らのためにロープを張つて作業をしてくれているシェルパたち、そのヘッドランプがずっと見上げる上の方で、きらきらと星と一緒に動いているのです。気がつきますと、天の川を含め、いっぱい星空でした。月はちょっと陰つており、夜明け前いちばん暗い時間でした。

ふと下界を見ますと、8,500mくらいになると、気のせいか腰の辺りから星に囲まれるといふ感じになります。そして、なるほどエベレストでは1歩ずつ登りながら、宇宙に近づいているのだなといふ感じがしました。

それから9時間かかつてようやく頂上に着くことができました。最後のわずか10mくらいです。こんなに苦しいものなのか、こんなに死にそうになるものなのかといふ感じでしたけれども、ほとんど無意識に近い状況で頂上にたどり着きました。酸素ボンベを調べたら、ゲージが空だったので替えてもらいましたけど。

やっと頂上に着いた、でも安心できないんです。5人に1人は心臓が弱っている世界で、登りと違い下りは、体重プラス25kgで、片足で時にはどーんと1mくらい跳び下りなければいけない。となりますと、片足で300kg400kgもの力を受けながら、体力の限界にあつて足がゴムみたいにふらふらしているといふのに、下りなければならない。

そのせいで途中で力尽き、お医者さんで登山家の大田祥子先生が、63歳でしたけど、チョモランマの頂上に登つて、帰りの岩壁を下っている最中に意識不明になつて亡くなられました。1カ月くらい前です。

いつどこで死んでもおかしくない、エベレストはベースキャンプから頂上まで100mおきに死体があるといわれている世界でございます。

途中スキーをしたりしたということもあったのですが、3日かかりで、やっと生きてベースキャンプにたどり着きました。

去年はヒラリー、テンジンが登って50周年ということで、カトマンズでいろいろな国際環境問題、登山を含めた会議だとか、講演会、シンポジウムがありました。最後にはネパールの王様がパーティをやるということで、70歳で登った日本人がいるから彼もぜひということで、ベースキャンプまでヘリコプターを回してくれることになったんです。

時々来るんですよ、ヘリコプターが。ベースキャンプまで機材を運んだり、人も運びます。だけどそのヘリがよく落ちて死んだりするものですから、せっかくここまで生き延びたのと思ったものです。運よく無事にカトマンズまで運んでくれましたが、その2日後、ドイツ隊を運びに行ったそのヘリコプターがベースキャンプを50mくらい上がったとたんに墜落、2人即死、8人が重症ということもありました。

夢の頂上へのあきらめないこの1歩

そんなこんなで、生と死の端境をやっとのことです。でも思ったんです。もともとこれは死ぬかもしれないということを承知のうえでやっている、つらくて苦しいのが当たり前だった。こんなことをしなくたって生きていけるでしょう、面白いことがいっぱいあるんですから。しかし、人生にはこれができたら本当に最高だという夢というものがある。でも夢があっても、なかなか勇気を持って1歩を踏み出すことができない時期がありました。ぎりぎりになって65歳になって、踏み出してみただけでも500mの山も登れなかった。それでもあきらめないで、本当に1歩ずつ始まったわけです。

昔から山は、我慢くらべ、忍耐の学校であると

言われております。頂上に向かってのあきらめない1歩、途中休んだり引き返してということもありますけど、あきらめない1歩があるので、いつかは夢の頂上にたどり着けるということです。

人それぞれに心のエベレスト、チョモランマがあるはずですよ。

昔、チャーリー・チャップリン、映画俳優で喜劇俳優で素晴らしい映画を随分作りました。彼が、「人生に大事なものが3つある。1つは、人生、夢がなければつまらない。しかし夢があるだけでは意味がない、勇気がなければ。夢と勇気。しかし、夢と勇気だけではできないことが多い。それとサム・マナーだ。夢を実現するためのある程度のお金も必要だ」と言っております。

僕は、夢に向かってのあきらめない1歩、その続きをと思っております。今ひそかに、ひそかでもないんですけど考えているのは、エベレストの頂上に今回登ったときは曇っておりました。予定より3時間遅れたものですから。日本に帰ってから、できれば晴れた日のエベレストの頂上、チョモランマのてっぺんに立ってみたいとつらつらと考えておりました。ミオラサンマ、エベレストの女神から、もう一度いらっしやい、晴れた頂上を見せてあげるから、というお誘いを受けているのかな、とそう思いました。

2008年北京でオリンピックがあります。そのときは聖火ランナーがアテネを出発して、シルクロードを通して、チョモランマのてっぺん、ここで聖火を掲げて、北京へということになったら素晴らしい。できたら、ちょうどその時期にもう一度チョモランマへ、75歳とたぶん7カ月ちょっとになっていると思いますが、もう一度そんな夢を実現したいなと思っております。

短い足で、足に重りを付けながら、うろろう地球の上を歩いてみたいな、と。

今日はどうもありがとうございました。

特別講演

医療における『愛』

神奈川県立保健福祉大学 学長 阿部 志郎

座長 神奈川県病院協会の副会長の富田でございます。しばらくの間、座長を務めさせていただきますのでご清聴願いたいと思います。阿部先生のご経歴につきましては、お手元の資料に詳しく書いてございますのでご参照願いたいと思います。ご高名な先生でございますし、特に、今回のテーマ「医療における『愛』」ということは、我々医療人が忘れてはならない重大な問題だと思っておりますので、先生のご講演をよろしくご拝聴願いたいと思います。それでは阿部先生どうぞ。

痛みを共有すること

阿部 一昔前、「世界で最も尊敬する人物は？」といった問いに対する答えは、日本でも外国でもアルベルト・シュワイツェル（英語名シュバイツァー）でありました。シュワイツェルが亡くなったあと、これがマザー・テレサに変わりました。

シュワイツェルが子どものとき、友だちと相撲を取りました。友だちを投げ飛ばしたのです。友だちが、「お前のように毎日肉を食べ、ミルクを飲んでいれば俺だって勝てるよ」と捨て台詞せりふを残して去りました。子ども心にシュワイツェルは、いたく心が傷つきました。恵まれた家庭に育ったシュワイツェルは、恵まれない者に対する恵まれた者としての罪を感じたのです。これが、シュワイツェルが医者になって、アフリカに、宣教師として赴く精神的な背景でありました。

日本の最南端はてるまに波照間という島があります。現

座長：社団法人神奈川県病院協会 副会長

富田 恭弘

在500人くらいの方々が住んでおられますが、戦争のとき、ここに1,590名の島民がおられました。日本の軍隊が、この人々に、強制疎開を命じました。島におりました1,200頭の牛と豚を徴発するためだと後に言われました。この1,590名の島民が西表島の南風見という大変不便な海岸に疎開いたしました。食べるものもないままマラリアが蔓延をいたしまして、488名の方々がマラリアで亡くなりました。そのなかに、66名の学童がおりました。この学童を引率した、識名信升という小学校の校長が南風見の海岸に波照間島にむかって石を置きました。「わすれないし 忘勿石 ハテルマシキナ」と書きました。10文字でございます。この石は今でもそこに残されております。子どもたちが、親のいないところで死んでいった。しかし、自分は生き残った。その痛恨の思いを込めて、忘勿石を据えたのであります。

自分だけ生き延びて、子どもたちに申しわけない。その思いを沖縄では「チムグリサ」という言葉で表します。肝が苦しむと書きます。本土の私どもの言葉に該当する用語がございません。肝が苦しむ、申しわけないというその思いがこの言葉に込められております。私どもは健康で、その健康の喜び、幸運を思います。チムグリサというのは、健康である自分が、病気で苦しんでいる患者にすまない、その気持ちを表している言葉であります。

聖書に、ただ1カ所ですが、憐れみ、愛、という言葉を、はらわたが痛むと訳しております。はらわたが痛むがゆえに、全人格的に、応答するのであります。「のどが渴いて、水を飲まずにいら

れない」とサンスクリットはそれを説明をしております。この痛み、苦しみを共に分かち、それが compassion, 愛という言葉でございます。

なぜ私どもが、苦しみを共に分かちのか、なぜ痛みを共有せずにいられなくなるのか。

若いとき働いております施設に、ある朝1人の母親が相談に見えました。部屋に入ってくるなり、「泣かせてください」と言って、部屋の隅で向こうを向いて、立ったまま、泣いていました。黙って待ちました。見ますと、その母親が4歳か5歳の男の子を、ねんねごとおぶっております。その男の子は、明らかに、脳性小児麻痺でありました。

泣き終わって、母親がこう話をしてくれました。

朝、家を出てバスに乗った。おぶっている子どもを下ろして傍らに座らせ、不安定ですので肩を抱いて、並んでそこに席を占めていると、次の駅から、健康な同じ年ごろの4、5歳の男の子を連れて見ず知らずの母親が乗ってきて、向かい側に座った。その健康な子がいたずらっ子とみえて、いろいろと悪さをする。母親が叱る。叱っても止めない、叱るに窮したのでしょう。乗客の視線があります。その母親が子どもに向かって、「そんなおいたすると、お前はああいう子になるよ」と障害児を指さした。障害児の母親が、「私はこの子のために、たいいていのことは耐えますが、今朝は泣かずにいられませんでした」。母親の言葉を聞いて、私は胸が熱くなってまいりました。力はないけれども、この子のために何かしようと決心いたしました。それが、脳性小児麻痺のお子さん方をお預かりする、私の動機でありました。

なぜ決心をさせられたかというならば、「そんなおいたするとお前はああいう子になるよ」と障害児を指さした母親の姿を、私自身のなかに、見いださざるを得なかったからであります。人の子の親はだれしも、自分の子どもを良くしたい。障害児であろうとも、それを踏み台にして立たせても、自分の子どもだけ幸せにしたいと願うのが親であります。私も例外ではない。自分だけ良ければいい、自分の家族だけ幸福にしたい。障害児など構っていられない。私はそこに、自分自身の罪

を自覚いたしました。

自己絶対化の現実からどう抜け出るか

日本でいちばん有名な泥棒と申しますと、石川五右衛門であります。五右衛門は捕らえられて、京都の六条河原で、釜煎りの刑にさせられました。釜ゆででございます。いわゆる五右衛門風呂に放り込まれたのでございます。五右衛門は、自分の子連れでございました。昔のことですから、罪は子にも及びまして子どもと一緒に釜の中に投げ入れられまして、火を炊かれたのであります。人の子の親である五右衛門は、自分は、釜ゆでにあっても子どもだけは助けたいと願ったに違いないのです。釜の中で、子どもを手で高くさし上げておりました。釜の火が熱くなり、どうしても我慢できないぎりぎり決着の場面を迎えました時に、五右衛門は、高くさし上げていたその子を釜の底に敷いて、その上に立ち上がったと書き残されております。これが人間の偽らざる姿でございましょう。子どものために、家族のためにと思いながら、最後は自分自身が生き延びたいと、その欲求は私どものものであります。

ドイツのミュンヘンの動物園にまいりますと、大きな字が入口に懸かっております。こう書いてあるのです。「犬は、菓をくれた人を決して噛まない」。「それが、犬と人間の違いである」。痛烈な言葉であります。犬は餌をくれる主人になつき、決して噛まない。しかし、私たち人間は、自分にとって不利益になるとときには、世話になり、教えを受け、恩を受けた人であろうとも、吼え、噛み、殺すのであります。

この自己絶対化、自分を中心とする私どものこの現実を、「罪」という言葉で表します。仏教では、「無明」だと申します。無明むみやうというのは、「明がない、真っ暗」でございます。こうした私どもの罪の現実のなかから、どうやって抜け出すか、どうやって人を愛することができるのか。人を愛そうとしても、愛することができない。それが私どもの実際の姿であるとするならば、どうやってそれを超えていくかというときに、人と共にありた

いという願いを持つのでございます。人と共にあることによって、自分自身を一步前に進めたいのでございます。

人と共にあるということ

「人と共にある」。ここに出会いががございます。赤ちゃんが生まれて、母親が赤ちゃんを抱き、乳を含ませます。母親と子どもの眼差しがそこで交わされます。私は、これが、「愛」の原型ではないかと思えます。

乳を含ませる、母乳。戦後、人工栄養が良いといわれた時代がございまして、母乳が減ってまいりました。現在50%でございます。アメリカは70%です。スウェーデンは98%が母乳でございます。母乳が良いか人工栄養が良いかという問題ではなく、母親が子どもをしっかり抱く。赤ちゃんは、胎内の時受けたその脈動を感じながら、まことに安らかに安定をするのでございます。

この赤ちゃんに親が言葉をかけます。あるいは、お祖父さん、お祖母さんが初孫に言葉をかけます。何と言葉かけをするか。韓国では「カククン」と言います。兄弟も、親も、カククンとその赤ちゃんに言葉かけをいたします。こういう決まった言葉を持っている国は、私はおそらくほかにはないのではないかと思います。私どもはそういうことはございませぬ。せいぜい、「イナイイナイ パー」という言葉でしかないわけでございます。

親が、家族が、生まれた赤ちゃんに言葉をかける。これが、対話の始まりでございます。対話を交わすことによって、私どもは共に生きるという思いを深めてまいります。

お集まりの専門職の方々は、毎日、人の持つ苦しみ、痛みに出会います。患者と触れ合います。その触れ合いを通して、お互いの愛を深めていくこととなります。しかしその痛みをすぐに自分のなかで反応してそれを行動に移すことができるか。

神奈川県に大和という町がございまして、ここに難民の方々が生活をする訓練所がございました。日本語を習いに、日本の文化に親しむために、一定期間、難民の方々はそこで生活をしたのであり

ます。

小学生たちは近所の小学校に通います。ベトナムの小学校6年生の女の子が、近所の学校で運動会に出ました。6年生は、校庭を何周か回る競技でございました。走るのが苦手なのか、後ろのほうをそのベトナムの子は走っておりまして。前を走っている同級生が転んだ。ベトナムの子がそこに走り寄って、その子が立つのを待って並んで一緒に走り始めた。さらに前を走っている友だちが転んでうずくまったまま泣き出して立ち上がろうとしないのを見まして、後ろから走ってきたそのベトナムの子がその子のところに行って、手をさし伸べて助け起こし、両手に2人の友だちと手をつないで走りました。見事にゴールインしました。でもビリでした。先生がベトナムの子に、「これが競技なんだから助けなくていいんだよ」と教えました。

ベトナムの子は先生に「助ける、なぜ悪い」、食ってかかったのです。ベトナムの子は、戦火のベトナムを家族と共に命からがら逃げ出し、小さな船に乗せられ、食料も水もないまま何日も海を漂流したあげくに日本船に救助されて大和にまいりました。おそらく家族、友だちと助け合うことなしには生き伸びることができないというその経験が、「助ける、なぜ悪い」という言葉になって、ほとぼり出たに違いありません。

私たちは、「助ける、なぜ悪い」。心の底からほとぼり出る言葉を、感情、思いを、もはや持っておりません。体験がございませぬ。それどころか、自分の思いをすぐに行動に表すことに、躊躇があります。阻むものがあります。

昔から、「己の欲せざる所これを人に与うことなかれ」と教えられてまいりました。論語でございます。自分がしたくないことを人にしてはいけませんよ、と自制を求めるのでございます。「慎みなさい。まず自分の身を先に整えなさい」ということを私どもは教えられてまいりましたので、行動に対してはいささか消極的にならざるを得なかったのでございます。

節分のとき、「鬼は外、福は内」と、豆をまきま

す。これが私どもの感情でございます。鬼は外へ出てってください。福は自分の内で独占をしたい。家の中では、助け合いをする、他人行儀はいけないと戒めました。ということは、家族は心に秘密を持ってはならない、何でも打ち明けあう。だからお互いに理解しあって助け合う部分があります。しかし、1歩外に出ると、「敷居をまたげば七人の敵」。「人を見たら泥棒と思え」と申しました。よそ者は、泥棒であり、敵であるかもしれない、心を許すなど教えてまいりました。

私どもが会おう人々、患者はすべてよそ者でございます。そのよそ者に対して果たしてどれだけ、初めから心を開くことができるかというのが、私どもにとっての課題であります。

強いものに憧れ、弱いものにぎびしい社会

「運動会 抜くなその子は 部長の子」という川柳があります。お分かりなのでしょう。自分の子を勝たせたい。でも部長の子がいると勝ってはならないのです。日本の社会というのは「和」と「分」を大事にしていまいりました。「和」は平和の和、調和の和、「分」というのは分を知れ、自分の置かれた位置、自分の果たすべき役割をわきまえなければならぬのでございます。

外国にたくさんの日本の企業が進出しております。その企業に支店長がいて、工場長がいて、部長がいて、課長がいて、係長がおります。これは当然のことでございます。この企業で働く社員の奥さん方、決して支店長の奥さんより良い車に乗りません。マニュアルには一言もそんなことは書いてありません。でもだれしも支店長の奥さんより決して良い車に乗らないのです。秩序というものが私どもの社会で優先をしているからであります。目に見えないルールがそこに働きまして、自分よりも「和」を大切にしなければならないというのが私どもの社会であります。「赤信号、みんなで渡れば怖くない」のです。1人の人間よりは、集団が行動基準になっているからでございます。

1人の人間の存在を問う前に集団にいかん順応

していくか、集団が動けば自分も動けるという、こういうプライオリティを私どもはいつの間にか身につけてきたのではないのでしょうか。そのうえに強さに憧れるというのが私どもの歴史でございました。

私は中学生のとき戦争中でございます。体力検定というのがございました。みんな受けさせられました。いろいろな種目がございました。100 mを走る、2,000 mを駆ける、懸垂をする、走り幅跳び、あるいは水泳は200 m泳がされました。その体力検定に、上級、中級、初級という3つの段階がありました。成績が良ければ上級でございます。私はほとんど上級をクリアしました。でも、2,000 mと焼夷弾しょういだんの投擲とうてきと申しまして、焼夷弾を投げる競技がございまして、この2つは初級でございます。60 kgの俵を担いで50 m走るというのが種目にあるのです。私はどうしても、60 kgの俵が上がらないのです。駄目でした。とうとう、検定に合格しませんでした。検定に合格すると、上級、中級、初級の綺麗な白と赤のマークがもらえたのです。友だちが誇らしげに、その体力賞というのを胸につけていまして、私は肩身の狭い思いをし、実に悔しかったのを忘れることができません。強さを求めたのです。

明治の時代になりまして、日本が開国をして、欧米から多くを学んでまいりました。明治4年、岩倉具視を団長とし、木戸孝允、大久保利通、伊藤博文を副団長とする46名の大型使節団を欧米に送って、視察調査をさせました。12カ国、2年間にわたってこの視察団が調査をいたしまして、帰ってきて日本の政策を立てたのであります。中央集権というのは、この使節団がつくった政策でございました。英国、アメリカを見て、民主主義を見て気に入りませんでした。まるで、魚河岸かんかんがくがくのせりのようだと思ったのであります。侃々諤々の議論をしておりました。日本では、殿様の鶴の一声ですべて決めることができました。こんなものは持って帰れないと。傾倒したのは当時のプロシヤ、ドイツでございます。鉄の宰相といわれたビスマルクのもとで整然たる政治体制がつくられており

まして、それを、真似て日本は中央集権制度にしたのでございます。

当時の日本は7万の共同体、村がございました。それを1万5,000の市町村に編制をし、戦後それを3,300の市町村にさらに縮小し、今、それを1,000にしたいと政府がっております。人々が自分たちでつくってきた共同体を壊して、行政区画として私どもの町を編制し、それを中央主体にしたわけでございます。中央集権でございます。

この中央集権の行政を担うエリートを養成するために帝国大学がつくられました。教育を重んじ義務教育にいたしました。

この使節団が打ち出しました最大の政策は、“富国強兵殖産興業”という政策でありまして、これが世界戦争が終わるまで、日本の社会を貫いた政策でございました。産業を興して国を富ませ、豊かになった国を軍隊で守るのでございます。ヨーロッパ、アメリカに比べて科学、技術が40年遅れていると認識をいたしました。ここで、ヨーロッパに追いつけというのが合言葉でございまして、そのために“富国強兵殖産興業”が主要と考えたのでございます。

そうしますと、まず生産力を持つ人間を養成しなければなりません。男子はすべて20歳になりますと兵役検査を受けて、徴兵制度に出しました。軍事力でございます。私は徴兵検査という兵役検査を受けました。戦争中でありまして、年齢が1つ繰り下がって19歳で兵役検査を受けました。兵役検査には、甲、乙、丙という段階がありまして、甲種合格、丙種不合格でございまして。兵隊が足りなくなりました、甲、乙まで全部合格にし、丙種だけ不合格にいたしました。障害を持っておりまして結核を患ったりしていますと丙種でございまして。だれしも軍隊に入って戦争に行くと死にたくない。丙種で不合格になりたい。心のなかではそう思っております。でも、丙種不合格というレッテルを貼られますと、日本の社会はその人に仕事を与えませんでした。甲種で合格をすれば、みんなで集まって、赤飯を炊いてお祝いをして、軍隊に送ったのでございます。

その兵隊が戦争に行くと、負傷いたします。負傷した兵隊たちを何と言ったか、今でも、85歳以上のお年寄りのなかに、ひとつの言葉をよく覚えている方々がおられます。それは、子どもの時に言われた言葉なのです。「廃兵さん」という言葉でございました。親から「お前は、廃兵さんだ」と言われた。廃兵さんというのは役立たず、ろくでなしという意味の叱り言葉でございました。軍人が国のために、戦争で戦って負傷して帰ってまいりますと、私どもの時代は傷痍軍人しょういと申しましたけれども、その前の時代は廃兵と申しました。廃兵というのは捨てるのであります。軍人でさえ、戦闘能力を失い、強さがなくなりますと捨てられたのでございます。

今では知恵遅れとか知的障害という言葉を使いますが、戦争まではこの子どもたち、人々を何と呼んだか。白痴、痴愚、魯鈍と呼んだのでございます。痴というのは、痴呆の痴。愚かで鈍いと、知的障害者を決めつけたのでございます。

明治の時代に、ロシアから国賓としてアレクセイ皇太子が日本に見えました。国賓が東京に入りますときに、東京で浮浪者狩りをいたしました。240名の浮浪者を狩り込んで強制的に収容いたしました。これが今日の、東京養育院という施設の始まりでございまして。

収容した理由は、帝都帝国の都の恥を大切なお客さまに見せるわけにはいかないからでございまして。浮浪者は恥でございました。

横浜で、ホームレスの人々を中学生が襲撃して殺すという事件が連続して起こりました。実に不幸な事件でございまして。中学生の言い分は、「ゴミ退治」でございました。明治の時代から今日まで、私どもの意識のなかに、それが流れているのではないかと。

明治38年、東京の英国大使館に、ある朝大使がまいりますと、門の傍らに、数名の行路病人が倒れておりました。見ますと、明らかにハンセン病、昔の癩らいでございました。大使は政府に抗議を申し入れました。日本では、伝染病のハンセン病人を路上に放置しておくのか。当時まだ遺伝だと日本

では考えておりましたが、外交問題でありますので、あわてて法第十二号を作ったのでございます。これが癩予防法になります。それにうたいました言葉は、祖国浄化のため。祖国を浄化、きれいにするためと強制的に隔離、収容したのでございます。

癩予防法はなくなりました。でもホテルで、完治したハンセン病の患者を拒否するという事件が起こるのでございまして、私どもの意識が、まだ問われるのであります。

弱さ。弱い人間に対しては、劣等処遇をいたしました。一人前の人間としては認めない、劣等の処遇で、使節団の言葉では、「ほどほどにすべし」と申しました。ほどほどにしておくと。やり過ぎるな、徹底してやるなど。劣等処遇を強いて、戦争を終わったのでございます。

弱いもの優先の新しい価値観の出現

太平洋戦争が終わりまして、私どもは食べるものがなく、着るものがなく、住む家がありませんでした。貧困のどん底に陥られました。このとき、米国から救援物資が送られてまいりました。これをララ（LARA = Licensed Agencies for Relief of Asia）と申しました。戦争中に、米国の13の民間団体が、いずれ日本は敗戦する。人々が食べるもの、着るものに困るだろうと立ち上がって品物を集めたのでございます。それを戦争が終わってすぐ私どもに送ってくれました。当時のお金で400億円。この恩恵に浴した人々が1,200万人でございました。このララと呼ばれる物資がだれに配られたか。子ども、障害者、年寄り、病院、施設、小学校でございます。ここにまず優先的に物資を配分したのでございます。ここから、小学校の学校給食が始まりました。すなわち、弱さを持っている人々を優先させるという、かつて日本が持っていない、新しい価値観がそこに提起されたのでございます。弱さを持つ人々を守る。それが社会の責任であると訴えられたのでございます。

占領軍が病院にまいりました。まず、臭いに大

変困ったのでございます。床にアブラムシがはっておりました。廊下では賄い婦が七輪で魚を焼いておりました。占領軍の関係者は驚愕いたしましたのでございましたのが、昭和23年の医療法でございます。私どもは、この時代から、弱さとは何か、弱さに私どもがどう関わらなければならないかを学んできたのであります。

私どもは阪神淡路大震災に襲われました。私はその翌週、施設の子どもたちの薬を6 kg、調合してもらいまして、それを担いで出かけました。苦勞して神戸の街に入ったのでございます。雨が降っておりました。その雨のなか、たくさんのボランティアの若者たちが働いておりました。その若者たちが自分の体を雨に濡らしながら、救援物資だけは濡らすまいと体でかばいながら、避難所に運んでいる姿に感動いたしました。茶髪の若者たちでございました。これが、今の若者の姿なのかと思ったのでございます。

私はその青年たちのなかに、優しさを見ました。優しいという字は、「憂」に「人」が関わると書きます。憂いを分かち合うことによって、苦しみを共有することによって、優しさが生まれ、育つのでございます。この優しさが「愛」でございます。なのに、私たちはもうひとつの呼び方をその字から使ってまいりました。

優秀の「優」でございます。戦後の日本の復興、経済成長のために優秀な人間を必要といたしました。教育は優等生を社会に送り出すことを求められました。そこで、平均主義の偏差値を設けたのでございます。平均に達しない子どもたちを「落ちこぼれ」といういやな言葉で呼んだのでございます。優等生を社会に送り出す、その優等生たちが、私どもの問題だらけの社会をつくってきたのではないか。

これからの新しい社会は、優しさを内に持った子どもたち、若者たちを、私どもは育成をしなければならない。すなわち愛の思いに満たされた子どもたちを育てたいという、新しい、希望と願いを与えられたのであります。

阪神淡路大震災のときにはどこからとなく、

145万のボランティアたちが^{ほうはい}澎湃として現れて働きました。私どもに、新しい希望の灯を掲げてくれたのであります。

この愛を、私たちはどう具体的に表してきたのか。私どもの愛の表現は、機能的でございました。人を、年寄り、子ども、母子というふうに分け、問題より症状によって区別をいたしました。保健、医療、福祉と縦割りに分断いたしました。その結果、患者が伝票を持って病院の中を走り回らなければならないということになったのでございます。なるほど縦割りで機能的にいたしますと、実に合理的で能率的なのでございます。そのまま通してまいりました。ようやく最近になって、患者さまという言葉が使われるようになりました。福祉では利用者中心という言葉が今使われております。というのは、私どもの対応が、個別で機能的ということは、サービスを供給する側の都合で制度をつくり、施設をつくってきたからでございます。私どもが働きやすいように、今まで、人々を、対象として据えてまいりました。このことの転換が求められるのでございます。

なぜ私どもが今までしてきたシステムを変えなければならないか。それは、人間は全体性に立つからでございます。なるほど医療は1日でも命を延ばす延命を心がけてまいりました。福祉は家族とか地域との関わりにおいて1人ひとりの住民の生活を個別的に捉えました。

命も生活も大事です。しかしながら、ライフというのは何にもまして、私どもの人生を指す言葉ではないか。人生そのものでなければならないのでございます。私どもの人生は、仏教の言葉でいえば、生病死。生まれて、病んで、老いて、死んでいくという4つの苦しみを持っております。喜怒哀楽に満ちたそれぞれの人生を送るのでございます。それは、かけがえのないただ1回限りのその人にとってすべてでございました。それが私どもの人生でございます。私どもは、さまざまの病気に関して症状に悩みます。指の痛みは、指だけの痛みではなく、体全体の痛みになります。それが人間の体でございましょう。体の中にはさま

ざまの機能があって、盲腸のようになくていいのではないかと思えるところと、手のようによく働くところがございます。目に見えるところ見えないところ、さまざまの細胞、機能によって人間の体が成り立っております。それは統合的人格体でございます。あらゆる機能が組み合わさって体を構成しております。コルプス (corpus) と申します。これが人間の連帯という思想を見いだしたのでございます。

弱いものも強いものも共に支えあう。人間の体から、社会連帯というのは学んだものであります。これを橋田邦彦、戦後は、文化勲章を受けられました名取礼二という教授の生理学、名取生理学の哲学でございます。「生也全機現死也全機現」。生きるのにあらゆる機能が動員され、死ぬのもあらゆる機能がそこに集結をされて人間は死を迎える。こういう有機体であるという観念でございます。この人格的な統合体、これが「ペルソナ」(persona) でございます。ペルソナという言葉は、神に愛される存在という意味でございます。私どもは、愛されるがゆえに人を愛するのでございます。

精神医学者のフランクが、人間の特徴として、愛し愛されることと申しました。愛を受けるがゆえに、その愛をもって対応していく。これが私どものサービスでございます。

愛の意味について

アジアにはいくつかの仏教国がございまして。日本と違って小乗仏教、上座部仏教と申します。お寺から、夜が明けますと、たくさんの僧侶が列をなして村や町へ托鉢に出ます。私どもの町では、托鉢の僧侶が、門付といって1軒1軒回って布施をいただきますと、拝んで帰るのです。

タイやスリランカやカンボジャでは、僧侶が来るのを村人が通りに出て待ち受けるのです。僧侶がまいりますと布施をいたします。食べものでございます。托鉢というのは歴史的に食べものでございました。お金ではありません。僧侶はそれを鉢に受けてそれを寺に持って帰って、食事になり、同時に貧しい人々に分かち与えます。

見ますと、布施をする村人が、僧侶の前にひざまずいて捧げるのでございます。受ける僧侶は立ったまま、一言も礼も言いませんし拝みもいたしません。黙ったままでございます。私どもの常識に反しております。上から下へ投げ与え、受けるものがひざまずく。これが常識でございます。でもアジア仏教は、与える人がひざまずき、受ける人が立っているのです。これがサービスの原点ではないでしょうか。

「身を低くして塵ちりのなかに座れ」という言葉を書きました。聖書の言葉でございます。塵というのは、人間、社会、世界を指す。仏教でもキリスト教でも同じでございます。身を低くして人々のなかに座れ。これはサービスでございます。身を低くしては、humilityです。humiliationという言葉は、恥をかくという意味です。恥をかかされている人と共にあることがサービスでございます。

このサービスに生き甲斐を捧げた方々がたくさんいらっしゃいます。1889年にハワイのモロカイ島で、ダミエンという神父がハンセン病の患者の人々と一緒に生活をし、感染して亡くなりました。母国ベルギーではそのダミエンの遺骨を引き取るために軍艦をハワイに送りました。その軍艦がベルギーの港に帰ってまいりましたときに、港で1人の人が立っておりました。国王でございます。国王が国民を代表してダミエンの遺骨を迎えたのでございます。異境の地で、恥を共有し、そして亡くなったワーカー。国王が代表して迎える。これがヨーロッパのつくった文化でございます。

ヨーロッパでは、昔から尊敬されてきた3つの職業があります。医者、弁護士、牧師でございます。この3つの職業は共通点があります。まず学歴が高く大学を出ないと就けないのです。そして地域では皆さん知名士でございます。もう1つ大切な共通点がございます。それは弱さを担う職業でございます。人間の肉体的、社会的、精神的弱さを担うのです。その弱さを担う専門職を人々が尊敬をしてきたのがヨーロッパの文化でございます。

この文化から生まれて育てられたのが、シュワイツェルでございます。シュワイツェルは、医学の勉強を終えて、アフリカのランバレーネにまいりました。風土病に悩み、1字の字も読めない人々にシュワイツェルは同情で満たされました。この人々のために、自分は何とか働かなければならないという思いを深くしたのでございます。シュワイツェルはそこで働きました。哲学することなくして、思索することなくしてランバレーネでは生きられないと申しました。彼はそのなかで考え、悩み、思索をし、自分の哲学をつくり上げてきた人でございます。このシュワイツェルが、そのランバレーネで10年、20年、30年と人々と生活を共にし働いたあとに申しました。「今や、私はこの地の1人ひとりを心から尊敬してやまない」と告白いたしました。愛を分かち、人々と苦しみを共にすることによって、シュワイツェル自身が豊かにされたのでございます。

ソニーという大企業を起こしました井深大という人がおりました。大実業家でございます。井深さんのお嬢さんは、障害児でございます。井深さんは、お嬢さん「多恵子」が、私にとっての十字架だと申しました。障害児を持つ父親として苦悩し、重い責任を感じられたのでしょうか。「多恵子が私にとっての十字架だ」。しかし井深さんは申しました。「多恵子は私の光だ」。十字架の厳しさ、重さを感じながらなお、娘の多恵子は私の光だと申しました。多恵子さんの光に、父親の井深大さんが照らし出されたのです。その光を受けて、井深さんは子どもの福祉に力をつくしました。東京都社会福祉協議会の会長も務められました。多恵子さんの光を受けたからでございます。

愛というのは、光を受けることによって、私どもが立ち上がって、それを手と足で表すことでございます。光を見いだす。その光を受け、光の源である人と共に生きながら、互いに深められ高められ豊かにされる。それが愛なのではございませんでしょうか。

特別講演

医療制度改革の目指すもの

社団法人日本医業経営コンサルタント協会 会長 松田 朗

座長 特別講演「医療制度改革の目指すもの」について、松田朗先生にお願いいたします。現在の医療というものが、医療だけを行ってればいいという昔の状態ではなく、過去からどのような流れで制度が改革され、今後どのように進むかという問題は、我々病院を経営し、運営している者にとりましては非常に強い関心があります。

現在も、先日討論がありましたように、今後の診療、株式会社の参入など、非常に難しい問題がからんできて、医療制度を見据えて、病院経営を考えていかなければならない。このことに関しまして、今日の松田先生のお話は、我々病院経営陣にとりまして、非常に参考になると思われます。

松田先生のご略歴は、昭和39年、岐阜県立医科大学をご卒業後、昭和46年7月に厚生省にご入省されました。昭和61年には、保健医療増進栄養課の課長になられ、その後ずっとその畑をお歩きになりまして、平成6年7月には、厚生省の国立医療病院研究所の所長になられ、現在は、平成13年4月より、医業経営コンサルタント協会会長ということでございます。それでは、松田先生お願いいたします。

松田 皆さま、おはようございます。ただ今、近藤座長のほうからご丁寧なご紹介をいただきまして、ありがとうございます。また、土屋学会長からはこのようなテーマをいただきまして、ま

座長：社団法人神奈川県病院協会 副会長

近藤 脩

ことに恐縮しております。「医療制度改革の目指すもの」というテーマは、まさに私自身がそちら側に座って、お聞きしたいテーマですが、いろいろな話題を提供させていただき、皆さまと一緒に医療制度改革の目指すものは何かを考えていきたいと思っております。

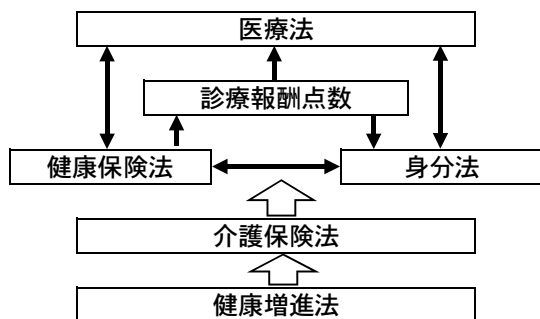
1. 日本の医療制度の枠組み

まず、わが国の医療制度の枠組みがどうなっているのかを組み立ててみました。また、その枠組みの1つである医療保険制度の特質や課題が今どうなっているのか。実際に、医療の中身にいちばん影響を及ぼしている診療報酬点数改訂について、その流れを整理してみました。それから、医療法関係でございますが、枠組みの大きな根幹である医療提供体制の改革などをおさらいして、どのようにして改革を進めていくのかを考えたいと思います。

さて、日本の医療制度の枠組み（スライド1）ですが、医療法、これは病院や診療所を規定しております。健康保険法、身分法と、法律で大きな枠組みが決められています。

健康保険法に基づいて診療報酬点数が定められておりまして、これは法律事項ではございません。厚生労働大臣が、中医協の意見を聞いて決める。はっきり言えば、ここのところは国会を通過していないわけですから、やりようによってはけっこういろいろなことができる、ということです。診療報酬点数のやりようによって、医療の質は良くも悪くもなるということです。このスライドをつくりながら、この矢印がどの方向にあるべきかを

1. 日本の医療制度の枠組み



スライド 1

考えてみたのです。本当は、医療法というものがあるのだから、その医療法を着実にするためには、診療報酬点数でちゃんと裏づけるようにしてもらわないといけない、とか。あるいは、医師とか歯科医師とかコメディカルがちゃんと働くためには、それぞれをきちんと評価した点数にしなければならない、ということで、本当は矢印が逆かな、と思ったのですが、現実には、診療報酬点数が医療法や身分法のほうへ影響を及ぼしているというように感じます。

身分法、これは医師法、歯科医師法、薬剤師法、保健師・助産師・看護師法と、たくさんございまして、やはりいろいろな議論がされております。数はそれでいいのか、質はそれでいいのかということです。医師についてみましても、10数年前に医師の需供予測に関する検討会というものがたち上げられまして、そこで医師が人口10万当たり200人を超えるあたりから過剰気味になるということでした。ちょうど今、200人を超えたところになります。これが250から300人近くになれば、ある外国に見られますように、医師も失業時代になります。ですから、今のうちから医学部の定員を1割減らして、医師過剰時代に備えねばならない、と言い出したのが10年前です。が、ご承知のように200人を超えても全然まだまだ足りないといった状況でして、改めて医師の数の見直しをする必要があるだろうということです。

看護師の需給予測についても、検討会をたち上げております。いずれにしても、医療法に基づく医師・看護師の配置基準をきちんと守るか守らないかによって各医療機関の医師や看護師の確保の仕方変わってきてまして、従来の需給予測を超えるような事態が生じていることも事実です。質の問題では、薬剤師を6年制教育にすることが決まっておりますし、医師については今年から臨床研修が義務化されております。そのほかにも、栄養士や管理

栄養士の質も、これから栄養管理が重要視されるなかで問われてきております。このように、いろいろな職種が質を問われているのと同時に、わが国では医師がオールマイティな存在ですが、それ以外のコメディカルが力をつけてくれば、仕事の役割分担や職責についても見直しが必要、という時代になっております。

特に、平成12年度から介護保険法が施行されまして、現場においてはどこまでが医師の指示で、どこからが看護師の判断でできるのか、あるいはヘルパーとの境界線はどうするのかといったいろいろなこと、これは在宅医療が進み、在宅介護が増えれば、ますます各職種間の仕事の割り振りや責任、権限が非常に大きな問題になってくると考えております。

さて、医療制度を安泰にするためには、この介護保険制度なくしてはできないという発想で国がたち上げたわけですが、さらに、昨今のように、毎年1兆円ずつ医療費が増えてくる、老人医療だ、介護の費用だということになりますと、どうしても、つい去年施行されました健康増進法に基づいて「健康日本21」というものを進める必要があります。

「健康日本21」という、行政的な活動が先にありまして、それを裏打ちするように健康増進法ができたわけですが、これによって生活習慣病に対応しよう、介護予防、疾病予防をしようということ

で、厚労省の保険局長さんが、介護予防や生活習慣病対策なくしてわが国の医療制度の構築はできない、とまで言っているのです。つまり、これからの医療制度の枠組みはスライド1のように大きく考えていかないといけないと思います。

2. 日本の医療保険制度の特質と課題

言いつくされたことではありますが、国民皆保険、出来高払い、混合診療の禁止、フリーアクセス、プロフェッショナルフリーダム、こうしたわが国の医療保険制度はおそらく先進国と比べても特殊、いや、長所といってもよかったのではないかと思います（スライド2）。

しかし、このままで本当にいいのかということが、数年前から課題になっています。国民皆保険とはいえ、保険者の種類は、国、健康保険組合、あるいは市町村と大小さまざまで、すべて合わせると5,000くらいになります。これを統合しようという動きが現在ありますが、なかなか言うは易く、行うは難しだと思います。

財政状態の良い保険者は、悪いところと一緒になるのを嫌がるわけです。金持ちと貧乏人が一緒になる話ですから当然でしょう。この難問をどうするのかということですが、国の方針としては、まず都道府県レベルで統合していこうということです。幸いなことに、現在、総務省で数年前から市町村の合併が進められております。地方分権を進めることの一環ですが、今3,000以上ある市町村を、将来的には3分の2ほどにするという目標を掲げております。これによって必然的に小さな保険者が大きくなりますから、その流れに乗るといっても、考えられます。

それから保険者機能の強化ですが、これもいろいろいわれております。そう簡単にはいかないでしょうけれども、最近は大手の

組合が90ほど集まって、保険者機能を進める会というものをつくるとか、あるいは健保連がすでにホームページをたちあげまして、全病院の3分の1くらいの情報を集めて国民なり保険者に流す、そしてその情報によって患者が医療機関を選ぶ、という動きがあります。

出来高払いについては、もちろん長所もありますが、弊害もありまして、定額払いや包括払い、逓減制を導入して、医療費を効率的に使うということです。病院と診療所、それから病院でも外来と入院との機能分化が進んでおります。国の方針では、出来高払いと包括払いとの適切な組み合わせを進めていくことにはなっております。

混合診療につきましては、これを導入しろとの議論がされています。これは医師や病院の世界でも賛否両論だと思います。言い方は適切でないかもしれませんが、先進的な医療を行っている医療機関、先へ先へと医療改革を進めているところでは、混合診療を容認するという考えが強いと、私は個人的には感じております。しかし、私は今の特定療養費制度を拡大、拡充することが実際の対応ではないかと思っています。

ご承知のように、特定療養費制度は、高度先進医療と選定療養に分かれています。高度先進医療は、都道府県知事が承認した特定承認保険医療機

2. 日本の医療保険制度の特質と課題

特質	課題
国民皆保険	保険者の統合 保険者機能の強化
出来高払い	定額払い、包括払い、逓減制
混合診療の禁止	混合診療の導入 特定療養費制度の拡充
フリーアクセス	病診・病病・診診連携 診療報酬による誘導
プロフェッショナルフリーダム	専門医・認定医の制度化 EBM、CG、CPの普及 コメディカルの職責の見直し

スライド 2

関にのみ認められておりますけれども、その指定基準が規制緩和されたと思います。そこをもう少し緩めて、高度先進医療を行える医療機関をもっと増やしていく、あるいは高度先進医療の定義そのものを拡大して、より広くしていくということを考える。また、選定療養も現在認められているものよりもっと増やしていけばいいのではないかと、ということです。こうして特定療養費制度を適切に拡充することによって、混合診療の世界に近づいてくるのではないかとというのが私の考えです。

それからフリーアクセス、保険証1枚あれば大小にかかわらずどんな医療機関にもかかれる、ということは大変素晴らしい制度だと思います。これを堅持しようということは、医療機関のみならず国民の皆が望むところです。しかし、ややもすると医療機関のはしごをしたり、乱診乱療につながるのではないかと、これについては診療報酬や患者負担の差で誘導が可能です。現在はまだ姑息的ですから患者の受診動向の流れをつくるほどの影響はないと思いますけれども、やり方によってはフリーアクセスという制度を堅持しながら、患者の流れを効率的に誘導できるのではないかと、ということです。

また、病病・病診連携は医療機関の機能分化が進めば進むほどやらざるを得ませんから、フリーアクセスを堅持しながらこういうところを工夫することで、効率的な患者の流れが構築できるのではないかと、思います。

プロフェッショナルフリーダム。医師はオールマイティということで、診断・治療についての権限を与えられています。しかし、同じ診断のついた患者さんについて、医師の身勝手は許されないのではないかと、ということです。大学の医局や教授の意向によって、ある程度の流儀なり違いがあってもいいかもしれませんが、あまりそれだけにこだわってもいけないのではないかと、という反省がありまして、専門医・認定医をきちんと制度化していくことや、エビデンス・ベースド・メディスン、クリニカル・ガイドライン、クリティカルパスを充実し普及させることによって、プロフェッショ

ナルフリーダムを堅持しながら質の高い信頼のおける医療が進められるのではないかと思います。

先ほど申しましたが、先進国と比べて日本の場合、看護師や薬剤師や栄養士などのコメディカルに関しては、いろいろと遅れているのではないかと、特に臨床におけるコメディカルの働きぶりは間違いなくアメリカなどに比べて遅れていると思うわけですね。それぞれのコメディカルはそういう認識を持って一所懸命自己研鑽を進めています。進めれば進めるほど、プロフェッショナルフリーダムに対抗するといいますが、これを補うかたちで、こうした人たちが頑張っていかなければならないと思います。

3. 医療保険制度の変遷

次は、医療保険制度についてです。

(スライド3) 昭和36年に国民皆保険が実現して以来、いろいろな改正が行われてきました。昭和43年に7割給付が完全実施され、それまで保険の種類によってばらばらだったものが統一されました。それから昭和47年、老人福祉法が改正され、これは健康保険とは別ですが、老人の自己負担を補填するということをやった。当時は素晴らしいといわれていたかもしれませんが、実質的にはこのときに老人に「医療は無料だ」という観念を植えつけてしまう結果となりました。あとになって、あれは悪法だという意見が出てきました。

昭和52年、ボーナスからも保険料が取られるようになりました。それから昭和57年、老人保健法の制定です。これは、私は画期的な法律だと思います。法律というのは、例えば医療法や健康保険法にしても、先ほどの健康増進法にしても、それぞれ医療と保健に完全に分かれておりました。老人保健法の場合は、いろいろな成人健診や健康相談を行う健康（health）部門と、医療（medical cure）保険の両方をカバーしており、予防と治療を一体化させた法律で、個人的には大変画期的だと考えています。ところがこの欠点は、老人からは保険料を取らずにほかの保険団体からの拠出金によって医療費がまかなわれているということで

す。こうした財政構成、つまりよそさまのお金と税金に頼っているということで現在ほころびがはじめています。

それから昭和59年ごろから、健保本人が9割給付に引き下げられ、その後だんだん引き下げられ

ていきます。

(スライド4)平成3年、老人の訪問看護制度が創設されました。これはやはり在宅医療を進めるにあたって、大変意味があると思います。翌年の平成4年に診療報酬改定があり、この制度も実際

3. 医療保険制度の変遷

No.1

昭和36年	国民皆保険の実現
昭和42年	健保特例法制定（外来薬剤一部負担の創設）
昭和43年	国民健康保険7割給付完全実施
昭和47年	老人福祉法の改正（老人医療費支給制度、いわゆる老人医療費自己負担の無料化）
昭和48年	健保法改正（家族5割給付を7割に引き上げ、高額療養費支給制度の創設）
昭和52年	健保法改正（ボーナスを対象とした特別保険料の創設）
昭和55年	健保法改正（入院時家族7割給付を8割に引き上げ）、保険料率の上限の引き上げ
昭和57年	老人保健法制定
昭和59年	健保法改正（本人10割給付を9割給付に引き下げ、家族給付を8割に引き上げ） 国保に退職者医療制度を創設し、給付割合を8割に引き上げ、特定療養制度の創設、高額療養費支給制度の改善、保険医療機関の指定制度の見直し

スライド3

3. 医療保険制度の変遷

No.2

昭和61年	老人保健法改正（老人一部負担の引き上げ、老人保健施設の創設）
平成3年	老人保健法改正（老人訪問看護制度の創設）
平成6年	付添看護・介護に係る給付の改革、在宅医療の位置づけを法文化、入院時食事療養費の創設、一般訪問看護制度の見直し
平成9年	健保法等改正（本人8割給付に引き下げ、外来薬剤に対する一部負担の導入、保険料率の引き上げ、老人患者一部負担の引き上げ）
平成10年	国保法等改正（診療報酬の不正請求の防止に関する措置の強化、保険医療機関の病床指定等に関する見直し）
平成12年	健保法等改正〔老人患者一部負担の見直し、高額療養費（自己負担限度額）の見直し〕
平成14年	健保法等改正（7割給付への統一、高齢者定率1割負担徹底、外来薬剤一部負担廃止、3歳未満乳幼児8割給付、保険料率の引き上げ、老人医療の対象年齢と公費負担割合の引き上げ）
平成15年	医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針（保険者の再編・統合、高齢者医療制度、診療報酬体系）の閣議決定

スライド4

に診療報酬点数で評価されるようになったわけです。

平成6年、これも在宅医療の位置づけです。もちろん在宅医療は若干行われていましたが、このときに、在宅医療の位置づけを健康保険法のなかで法文化し、さらに一般訪問看護制度の見直しがあり、それを受けていろいろな点数がつくようになりました。

平成10年度は、不正請求などいろいろな不正があって保険診療機関の指定を取り消されたときに、2年間は再指定されないというように措置が強化されました。

平成12年、高額療養費です。これもやはり少しずつ負担額が増えてきたわけです。平成14年度になりまして、少しずつ自己負担が増えて、給付が7割で自己負担が3割に増えて、このときに

国会は相当大もめにもめました。3割に上げる代わりに、これを限度として、これ以上には上げませんという付帯決議がなされましたので、我々の目の黒いうちに7割給付が5割になるということはないと思います。

それから高齢者についても、外来だと1回何百円で、月にどれだけまでだとか、入院したら何千円までというように自己負担は定額制でしたが、途中で定額制か定率制かの選択制となり、平成14年には高齢者の原則1割負担になったわけです。

次の平成15年度には、スライド4にあるような基本方針が閣議決定されました。冒頭に申しました、保険者の再編をしろ、しっかりした高齢者医療制度をつくれ、複雑でコロコロ変わる診療報酬体系を根本的に考えなさい、という宿題を得て、現在、その作業の真っ只中にあるということです。

医療保険制度の患者一部負担の推移

～昭和47年12月 (老人医療費支給制度前)		昭和48年1月～	昭和58年2月～	平成9年9月～	平成13年1月～	
国保	3割	高齢者	老人医療費支給制度 (老人福祉法)	老人保健制度		
			無料	定額負担 入院300円/日 外来400円/月 (昭和62年1月～) 入院400円/日 外来800円/月 (平成4年1月～) 入院600円/日 外来900円/月 ※物価スライド導入	定額負担 入院 1,000円/日 外来 500円/日 (月4回まで) +薬剤一部負担 ※医療費スライド導入	定率1割負担 月額上限 外来3,000円 (大病院は5,000円) 入院37,200円 (低所得者は軽減) *診療所は定額制を 選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費増設
被用者本人	定額負担	一般	国保	3割 高額療養費創設 (\$48～)	入院3割 外来3割+薬剤一部負担	
			被用者本人	定額→1割 (\$59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担	
被用者家族	3割		3割 (\$48～) →入院2割 (\$56～) 高額療養費創設 外来3割 (\$48～)	入院2割 外来2割+薬剤一部負担		

スライド5

4. 診療報酬改定の流れ

さて、診療報酬の改定について昭和33年から追っていきますが、スライド6のところまではあまり大したことはない。強いて言えば入院時の医学管理料という考え方ははっきりしたということ、看護料という考え方が出てきたこと、それからもう1つは加算ということです。診療報酬点数の基本を決めると、そこに、加算というケースが出てきます。その後は最近になって目立つのは、減算という考え方です。

次のスライド7で私が注目したいのは、昭和56年、インシュリンと成長ホルモン剤についてです。これまで往診というものはあったと思いますが、在宅医療というものははっきりと導入したのは、このときがはしりでした。診療報酬の改定で少しずつ在宅医療は充実してきていると思いますが、これは確か小人症の子どもたちが簡単な成長ホルモン注射をするのに、遠路はるばる医療機関へ行かなければならない。あるいはインシュリンもそうですが、それを何とかしようということです。私の記憶では、患者団体の大きなパワーが行政を

動かしたのではないかと思いますし、その影響で在宅医療が認められるようになったのだと思います。

次は昭和59年の特定療養費制度です。先ほど申しあげましたけれど、混合診療に代わるものとして特定療養費制度がこの時できました。

それから昭和60年、第1次医療法の改正があり、この時までは自由に病院を建て、自由にベッドを増やすことができましたが、それに対してベッドの総量規制を行うようになりました。2次医療圏ごとに病床規制をするわけで、自由経済社会のなかに統制経済のような仕組みを入れたのは非常に画期的でした。その代わりに質を確保しましょう、という考え方が出てきています。

(スライド8)昭和63年、入院時医学管理料の見直し。これは長期入院を是正するというところでいろいろな工夫がこのときから始まりました。それから在宅医療が法文上に位置づけられたことは先ほど申しあげましたが、それを実質的に診療報酬点数のなかで在宅医療部をくくり、そこで在宅医療の点数を整理するようになりました。先ほど通減制と申しあげましたが、このころから通減制が導入され

4. 診療報酬改定の流れ

No. 1

昭和33年（1958年）

●新点数表制定

昭和36年（1961年）

●乳幼児加算 ●特定疾患加算 ●深夜診察料加算 ●基準給食料特別加算
●処方せん料

昭和40年（1965年）

●乳幼児入院加算 ●時間外麻酔加算

昭和45年（1970年）

●入院時医学管理料

昭和47年（1972年）

●慢性疾患指導料 ●特類看護 ●入院料を室料と看護料に分離・引き上げ

昭和49年（1974年）

●休日加算 ●特殊疾患収容施設管理料 ●身体障害作業療法 ●精神科デイ・ケア
●再診時乳幼児加算

スライド6

るようになります。

平成2年になりまして、特例許可の選択制、要するにマルメを取るか取らないかということで、ここから老人医療の病棟についての包括化という

考え方が入ってきたわけです。また、緩和ケア病棟にもマルメの考え方が導入されているということです。

平成4年には第2次医療法改正がありますが、

4. 診療報酬改定の流れ

No.2

昭和51年（1976年）

●検査料、処置及び手数料について項目の新設 ●病衣加算

昭和53年（1978年）

●新開発技術等（コンピュータ断層撮影、腎移植術等）の導入 ●特定集中治療室管理加算 ●基準看護特二類加算

昭和56年（1981年）

●慢性疾患指導管理料 ●開放型病院共同指導料 ●インシュリン製剤、ヒト成長ホルモン剤の自己注射の導入 ●人工腎臓におけるダイアライザーと技術料の分離 ●腎臓移植の際の腎提供に要する費用の保険適用 ●新開発（レーザーメス等）の導入 ●重症者の室料特別加算 ●看護加算

昭和59年（1984年）

●特定療養費制度の創設 ●救命救急入院料 ●緊急往診加算 ●レーザーメス加算 ●自己腹膜灌流指導管理料

昭和60年（1985年） 第1次医療法改正—量的整備から質の確保へ（医療計画）

●入院機能及び外来機能の重点的評価 ●病院・診療所間の連携の強化 ●情報提供料 ●新医療技術（超音波メス、磁気共鳴CT等）の導入

スライド7

4. 診療報酬改定の流れ

No.3

昭和61年（1986年）

●病院・診療所間の機能別評価 ●紹介型病院加算 ●在宅医療関係の指導料の評価 ●精神科ナイトケア

昭和63年（1988年）

●診療所・高度専門病院の特質に即した評価 ●入院時医学管理料の見直し（長期入院是正） ●高度専門病院への紹介外来制度の導入 ●在宅医療の部の新設（新規項目の盛り込み） ●検体検査の再編成 ●生体検査・画像診断に関する遅減制等の導入

平成2年（1990年）

●病院・診療所間の連携の強化 ●紹介外来制の推進 ●医療機関の機能・特質に応じた評価 ●入院時医学管理料の見直し（入院の適正化） ●特例許可老人病棟入院医療管理料（選択制）の創設 ●緩和ケア病棟入院料（入院医療費の全包括）の創設 ●訪問看護の拡充 ●在宅療養指導管理料 ●検体検査・画像診断の見直し ●高度先進医療の保険導入

平成4年（1992年） 第2次医療法改正—時代の変化に即した医療提供（病院の機能分化）

●医療機関の機能・特質に応じた評価 ●看護サービスの適切な評価 ●付添看護の適正化 ●スタッフ数等に応じた評価 ●特定療養費の適用範囲の拡大 ●病院の介護機能の充実 ●老人訪問看護制度の導入 ●肝炎の薬インターフェロン ●白内障患者の眼内レンズの保険適用

スライド8

この時に出てきたのが、病院の機能分化という考え方です。療養型病床群とか、特定機能病院などです。この時は「病院」の機能分化であって、「病床」の機能分化ではないということです。「病床」の機能区分は医療法の世界ですが、病棟の機能の評価は診療報酬点数の世界ですので、混同しないようにすべきだと思います。

老人訪問看護制度を導入する、ということも大きなことだと思います。

(スライド9) それから平成5年になりまして、先ほどの医療法によって機能分化された特定機能病院等について、それに応じた点数がつけられたということです。当然、療養型病床群にも、選択制ですが、マルメが導入されてきているということです。

平成6年に診療報酬点数表の一本化、簡素化がありました。また、訪問看護ステーションによる訪問看護事業の拡大、つまり、老人に限られていた訪問看護を、一般患者の訪問看護まで認めるということになり、在宅医療の一環が充実しました。

それから、大病院や中小病院というものに何にも定義がないわけですが、今、中小病院について

議論をすると200床未満の病院ということになっています。ということは、この時から200床以上か未満かによって診療報酬点数にアクセントをつけてきたために、200床以上が大病院だ、という認識が定着してきたのだと思います。

それから平成9年に第3次の医療法改正がありました。機能分化した病院が機能分担をして、連携を計ろうという動きが、この改正のあとにいろいろ出てきたということです。機能連携ということで、紹介率を非常に重要視するようになってきました。

それから「情報提供料」というのがあります。情報提供料の種類にはAからDまであります。Dというのは大病院から200床未満の診療所へ紹介する、逆紹介と言えるかもしれませんが、520点です。病診連携といっても、いちど診療所が大病院に患者さんを紹介したらなかなか戻ってこないということで、小さい病院が大病院に不信感を持ってあまり進まなかった事実があります。そこで、もっと点数をつけるから大病院は小病院や診療所へ患者を返しなさい、逆紹介しなさい、ということで、診療報酬の改定がなされているのではない

4. 診療報酬改定の流れ

No.4

平成5年(1993年)

●特定機能病院・療養型病床群の機能・特質に応じた評価 ●療養病棟入院医療管理料(選択制)の創設 ●看護職員の配置に応じた評価 ●特定看護料

平成6年(1994年)

●新診療報酬点数表の制定(甲乙点数表の一本化) ●かかりつけ医師機能・在宅終末期医療の評価 ●人工内耳等の保険導入 ●患者の心身の特性に応じた評価(難病患者、精神・エイズ患者、老人等) ●新看護体系と新看護補助体系の創設と付添看護・介護の解消 ●訪問看護ステーションによる訪問看護事業の拡大(難病患者、重度障害者、精神障害者等) ●基準給食を入院時食事療養費に改編(多様なメニュー、食堂での食事、入院時栄養食事指導等)

平成8年(1996年) 外来診療の機能分化

●療養型病床群移行計画加算 ●200床以上病院の初診の特定療養費化 ●慢性疾患指導料(運動療法) ●精神科急性治療 ●情報提供料(医薬品、治療計画) ●在宅医療の充実 ●多剤投与薬剤料の低減の強化 ●3歳未満児の外来診療料を1日単位で包括化 ●老人慢性疾患に対する外来医療の包括化

平成9年(1997年) 第3次医療法改正 —— 機能分担と連携

●在院期間別入院時医学管理料 ●診療情報提供料(D) ●薬剤情報提供料 ●紹介率30%以上の評価 ●標欠医療機関に対する減額措置の強化

スライド9

かと思えます。

(スライド10) 平成10年になって入院診療の機能分化。これは在院期間別に入院時医学管理料を見直すということです。その後、平成12年度では、さらにそれを加速させまして、病棟種類別に入院基本料が設定されました。平均在院日数などいろいろなファクターにより、入院基本料にアクセントをつけるということを行いました。それによって、急性期をやるどころと、そうでないところとの機能分化を進めよう、ということです。

折しも平成12年度には第4次の医療法改正がございまして、効率的な医療の実現ということで、今度は病院や病棟の機能分化ではなく、病床そのものの機能分化を医療法で進めたわけです。先ほど申しあげましたように、この時にも200床以上に着目して点数に差をつけております。

それから特定入院料ということで、努力しているところ、苦勞しているところにはそれなりの点数をつけるようになりました。言い換えまして、平成12年くらいになりまして、診療報酬点数の自身が変化に富んできた、また努力するところが報

われるように工夫がされてきたのではないかと思います。平成12年の改定を一言で言いますと、急性期入院医療をいかに前向きで高く評価するかということです。

(スライド11) 平成14年ですが、史上初のマイナス改定となりました。先ほどの平成12年に比較して、そこまでは若干の上積みがありましたが、今度はマイナスですから、まだ皆さんも記憶に新しいと思います。

ここでいちばん問題になりましたのは、手術施設基準です。新しい基準になると、手術が全然できなくなる、やっても割に合わなくなってしまうようなところが続出する。考え方は正しいかもしれないけれど、現場では大きな問題がある。天下の悪法ではないかと、大変な非難を浴びました。

それから私が注目しますのは、財団法人日本医療機能評価機構の評価をクリアしない病院には点数をつけないという手法を導入したことです。当初、この財団には、そのような役割はなかったと思います。病院機能の評価を受ける医療機関のための財団で、その受審結果を参考にして自分たち

4. 診療報酬改定の流れ

No. 5

平成10年(1998年) 入院診療の機能分化

●在院期間別入院時医学管理料の見直し ●診療所療養型病床群入院医療管理料 ●老人長期入院医療管理料(包括評価) ●地域医療支援病院入院診療料 ●特定機能病院外来診療料 ●老人慢性疾患外来共同指導料 ●老人リハビリテーション総合計画評価料 ●特別食(減塩食)加算の廃止 ●検査・画像診断の適正化 ●新技術の保険導入 ●看護料の届出要件の見直し ●重症者管理加算等(訪問看護) ●老人訪問看護管理療養費重症者管理加算 ●欠穴医療機関に対する減額措置の見直し ●国立病院等における急性期入院医療定額払い方式(DR-G-PPS)の試行

平成12年(2000年) 第4次医療法改正—良質かつ効率的な医療の実現(病床の機能分化)

●再診料(200床以上病院の外来診療料、200床未満病院・診療所の継続管理加算) ●診療情報提供料(逆紹介加算) ●薬剤服用歴管理・指導料 ●長期投薬特別指導料 ●薬剤情報提供料 ●病棟種類別入院基本料(10種類) ●老人入院基本料 ●特定入院料(小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料) ●初期加算・長期減算の設定 ●短期滞在手術基本料(包括評価) ●手術料の体系的見直し ●多剤投与の通減措置拡大 ●小児入院医療管理料 ●小児入院基本料加算 ●乳幼児救急医療管理加算 ●救急搬送診療料乳幼児加算 ●紹介外来加算(紹介率30%以上、14日以内) ●紹介外来特別加算(外来入院比率1.5以下、14日以内) ●急性期特定病院加算 ●回復期リハビリテーション病棟入院料 ●障害者施設等入院基本料 ●特殊疾患入院医療管理料 ●準超重症児(者)入院診療加算 ●一般病棟等における平均在院日数の計算方法の見直し ●長期入院通減制の見直し ●新技術の保険導入 ●診療録管理体制加算 ●在宅患者訪問看護・指導料の拡充 ●訪問看護基本療養費の拡充 ●運動療法指導管理料(高脂血症、糖尿病) ●寝たきり老人在宅総合診療料(24時間連携体制加算) ●二類感染症患者入院診療加算 ●精神病棟入院時医学管理加算 ●調剤料(屯服薬、注射薬)の算定単位の見直し

スライド10

の病院を改善するのに役立ててもらおうという意図があったわけです。評価の結果を第三者に知らせる性質のものではなかったはずなのに、今や結果を広告してもいいということになりましたし、評価を受けた病院のOKが取れば、評価の結果や内容を公表してもよい、ということにまでなりました。

さらに、今、診療ガイドラインが20ほどできておりますが、この財団がインターネットでこの情報を提供します、さらに特定機能病院からヒヤリ・ハットなどの医療事故情報をもらって、その対策を支援します、というように、日本医療機能評価機構の存在が大きくなり、無視できない存在になってきました。今後、診療報酬点数に機構がからんだものがどんどん増えることが良いことかどうかを考えなくてはなりません。

現在の評価機構の理事長は、前日本医師会長であった坪井先生です。坪井先生は機構のたち上げにも関与され、その際に、医療会の代表として日医も財源を拠出しているわけですが、大変な意気込みや抱負を持っておられます。

平成15年度、特定機能病院に入院医療の包括評価が導入されました（スライド12）。

平成10年に国立病院などに対する急性期入院医

療の定額払い方式、DRG-PPSが試行されました。この試行を踏まえてわが国独自の方法によるDPCが生まれました。諸外国のDRG-PPSの仕組みを十分検討したうえで、わが国にDPCを導入したわけです。

当時の日本医師会は、DRG-PPSを一般の医療機関に導入することには大変な抵抗というか反対であり、片や支払い側の健保連などはどんどんやれというように、真っ向から意見が対立しておりました。にもかかわらず特定機能病院にDPCが導入できたのは、特定機能病院が相当な医療費を使っており、そこに包括払いを導入することには抵抗がなかったのだと思います。問題は、この特定機能病院からさらにDPCの対象病院を増やしていくのかどうかということだろうと思います。

当然、行政側はもっと増やしたいでしょうし、逆に医療機関や日本医師会は歯止めをかけたいという考えです。これからそのせめぎ合いが始まる、もう始まっているということで、今年度から約60以上の病院に対してDPCの導入が認められています。本日ご列席の先生方の病院にも、導入されているところがあるかもしれません。現在は、手挙げ方式ですが、電算処理ができ、国が求める情報をすぐにオンラインで引き出せる、そういっ

4. 診療報酬改定の流れ

No. 6

平成14年（2002年） 史上初のマイナス改定

●再診料等への月内通減制導入 ●慢性疼痛疾患管理料 ●入院機能の適正評価（在院日数の短縮化を評価、医療安全管理体制未実施減算、褥創対策未実施減算、急性期特定入院の評価） ●小児医療の重点評価（小児入院医療管理料、新生児入院医療管理加算、小児療養環境特別加算、地域連携小児夜間・休日診療料） ●医療保険と介護保険の適切な分化（療養病棟入院基本料に日常生活障害加算・痴呆加算の新設、180日超長期入院の特定療養費化、老人性痴呆疾患療養病棟の新規届出受理の中止） ●医薬品使用の適正化（後発医薬品を含む処方せん発行に高い評価、投薬期間制限の原則撤廃、205円ルールの撤廃） ●リハビリテーションの適正化（評価体系の見直し、リハビリテーション総合計画評価料、言語聴覚療法専用治療室・常勤言語聴覚療法士の評価） ●手術施設基準の導入 ●緩和ケア病棟等の施設基準に医療機能評価の要件化

平成15年（2003年）

●特定機能病院における入院医療の包括評価（DPC）の導入

スライド11

た一定のレベル以上にある病院が手を挙げればDPCに参加できるということになっています。どこまで手挙げ方式を続けるのか、一定の条件を設定したうえで指定あるいは強制方式にするのかは分かりません。

いずれにしても、DPCの対象病院が将来どうなるのか、この世界にわが病院が参入するのかどうか、というのがこれからの病院経営面からも医療の質の面からも、大きな分かれ道であるように思います。とにかく、医療情報システムがしっかりしないとこのDPCの世界に入れないということだけは確かです。

診療報酬改定の流れの最後になりますが(スライド13)、平成16年度はプラスマイナス0%の改定で、さすがにマイナスの改定にはなりませんでしたが。財務省はもういちどマイナス改定にしたかったようですが、さすがにできなかったということです。

プラスマイナスが0%ということは、今までついていた点数がマイナスされるところもあれば、プラスされるところもある、あるいは、新たに評

特定機能病院等の包括等の包括評価 (Diagnosis Procedure Combination) の算定方法

〈見直し後〉

医療機関別の包括評価
基礎償還点数×診療群分類別係数×医療機関別係数×入院日数

+

出来高評価

スライド12

価される項目も出てくるということですから、医療機関によってはもろにマイナスの影響を受けるところ、もろにプラスの影響を受けるところも出てきます。ですから、当たり前のことですが「今回の改定はゼロ改定だ」と安閑としている医療機関があったとしたら大間違いで、病院によっては大変な逆風を受けたはずです。

前回の改訂で大変な悪評であった手術の施設基準についても見直しがありました。暫定的ですから、もっとエビデンスに基づいた見直しが行われ

4. 診療報酬改定の流れ

No.7

平成16年(2004年) ±0%改定

●手術における難易度に基づく評価の精緻化 ●手術に関する施設基準の暫定的見直し ●肺血栓症予防管理科 ●新規技術の保険導入(医療技術評価分科会の調査、新規承認の保険医療材料、高度先進医療技術から) ●リハビリテーションの算定制限 ●逡減制の要件の一部緩和 ●言語聴覚療法Ⅲ ●特定疾患処方管理加算(処方期間28日以上) ●在宅自己注射指導管理科の注入器加算等の見直し ●在宅酸素療法指導料の携帯用酸素ボンベ加算等の見直し ●DPCの診断群分類、包括範囲等の見直し ●ハイケアユニット入院医療管理料 ●亜急性期入院医療管理料 ●専門的な小児入院医療の評価の充実 ●新生児入院医療管理加算の評価の充実 ●小児(外来)、乳幼児の時間外加算の評価の充実 ●医療保護入院等診療料 ●特定抗精神病薬治療管理加算 ●老人性痴呆疾患治療病棟入院料2 ●在宅患者訪問介護・指導料の加算 ●老人訪問看護基本療養費の加算 ●在宅患者訪問点滴注射管理指導料 ●在宅訪問リハビリテーション指導管理料の算定要件に言語聴覚士を追加 ●臨床研修病院入院診療加算 ●有床診療所入院基本料(I群1)の加算(看護職員2人以上の夜間配置) ●初診料の評価の充実 ●外来診療料の包括範囲の拡大 ●褥瘡患者管理加算 ●褥瘡対策未実施減算の要件の緩和 ●点滴注射の無菌製剤加算の対象拡大 ●医療安全に配慮した静脈留置針の評価 ●検体検査管理加算、画像診断管理加算の評価の充実 ●特定療養費制度の見直し(180日超入院の特定療養費化の適用除外対象疾患の拡大、差額ベッド数を5割以上とする場合の要件の明確化と対象医療機関の拡大) ●DPC対象病院の拡大

スライド13

と思います。

それからDPCはかなり早いペースで特定機能病院に導入されましたが、定額部分と出来高部分の内容がそれでいいのか、実際に大学病院でいろいろなデータを集めますと、やはりこれではいくらやっても経営上、間尺に合わないというところも出てきたりで、これも一部見直されました。

医療法、あるいは診療報酬の世界でもそうですが、病棟や病床の機能分化が進められるなかで、取り残されたのは、長期間の医療を必要とする患者さんや亜急性期の患者さんたちです。かつて社会的入院と呼ばれ、医療よりも介護のほうが必要だという人とは違う患者さんの層にはほとんど手をつけずに、診療報酬点数の改定がなされてきたわけです。そここのところ若干、手をつけられたということですが、まだまだこれからの課題だと思います。

先ほどの特定療養費制度、私はこれを拡充することで、混合診療に代わり得ると申しあげましたが、このたびの改訂で前回に導入した「180日超長期入院の特定療養費化」の見直しが行われました。要するに180日以上入院していても特定療養費化の対象外とする患者の種類をかなり増やしましたから、実害を受ける病院がかなり減ったのだらうと思います。

それからDPCの対象病院の拡大が始まったということがいえます。拡大がどこまでいってどこで止まるのか、私にもわかりませんけれども、今のままで止まることはないだらうと思われまます。

病院のランクには、特定機能病院以外にも、高度先進医療を行う特定承認保険医療機関というのがあります。臨床研修指定病院というのもあります。あるいは地域医療支援病院というのもあります。これらはかなりレベルの高い病院です

から、こういうところは手を挙げるまでもなくDPCの対象にしてもいいのではないかと私は思います。

以上が診療報酬点数の改定の流れでありまして、今後どうなるかはわかりませんが、はっきりいえることは、加算と減算、通減制と定額制、それに在宅医療分野の評価というものがますます強まってくるのではないかとということです。

5. 医療提供体制の改革

医療法の改正に伴って、医療提供体制の改革が行われてきました（スライド14）。医療計画の導入により、医療圏が設定され基準病床数が規定されました。

病棟と病床の機能分化が行われ、その他の病床が一般病床と療養病床となりました。医療法によって病院・病棟が機能分化し、病床は感染症病床、結核病床、精神病床、一般病床及び療養病床という5種類に機能分化したということです。

ただ、精神病床がやや問題で、検討会の報告によると、7万床くらい余分なのではないかということです。その他の病床を一般病床と療養病床に分けたように、精神病床にも急性期やそうでない病床もあるだらうということで、精神病床をどう機能分化するかという課題が残されています。こ

5. 医療提供体制の改革

- ① **医療計画の導入と充実**
医療圏の設定と基準病床数
- ② **病棟・病床の機能分化**
特定機能病院、療養型病床群、地域医療支援病院、一般病床と療養病床
- ③ **医療法人の見直し**
附帯業務、理事長要件、特別医療法人、債権発行、出資額限度法人
- ④ **規制緩和等**
広告規制、標榜診療科名の規定手続、必置施設、医療情報システム（IT化）、診療情報の開示、人材派遣
- ⑤ **規定強化等**
業務委託基準、インフォームドコンセント、罰則規定、医道審議会、新医師臨床研修、病院・診療所の開設、診療報酬の不正請求の防止（指定取り消し期間の延長、返還金に対する加算金の増額）、保険医療機関の病床指定等の厳格化

スライド14

れを医療法で機能分化をしていくのか、診療報酬点数上、病棟ごとに点数をつけて機能分化を進めていくのか、これも大きな課題だと思います。精神病院団体の意見がまとめれば、どちらかの方向に行くでしょう。

医療法人については、理事長要件が相当緩くなりました。原則として、理事長は医師でなければならない、しかし、県知事が認めた場合はOKとなっています。例えば、日本医療機能評価機構の審査を合格している病院の理事長は県知事が許可すれば医師でなくてもよい、とかなり規制緩和されています。

ということは、今、医療に営利企業の参入は禁止されていますが、会社の社長でも知事の許可を取れば理事長になれるわけですから、営利企業でも病院経営に参加できる、ということになるのではないのでしょうか。まあ株式会社というわけにはいかないでしょうが、営利企業の参入にかなり近いような世界が、現実には起きているわけです。

規制緩和、これはいろいろあります。派遣後、良かったら採用することもありという条件であれば、事前に書類も見られるし面接もできる、そういう人材派遣が医療界に導入された。医師も看護師もそういう方法で獲得できる。そうすれば医局だけに頼らなくても、そういった会社をお願いできるようになるわけです。

一方、医療の世界では規制緩和だけではだめなわけで、やはり厳しくすることも必要です。アウ

トソーシングの種類によっては、大事なものはちゃんと業務委託基準が決まっております。

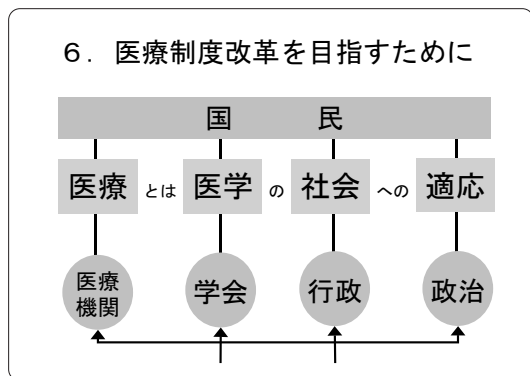
医療法で、インフォームドコンセント、医療の担い手は患者に説明をして理解を得なくてはいけないということが、努力規定ですけれども法文化されています。それからいろいろな罰則規定もあります。医道審議会も強化されました。

病院は開設許可が要りますが、診療所は届け出制です。しかし、新臨床研修制度ができてからは、診療所についても臨床研修を修了していない医師の診療所の開設は許可制となりました。これは将来、臨床研修の修了が登録されていない医師が診療所を開設したいといっても認めないだろうということです。それから病院・診療所の管理者も、研修を修了していない者はなることができません。医療法はこういう仕組みになっております。

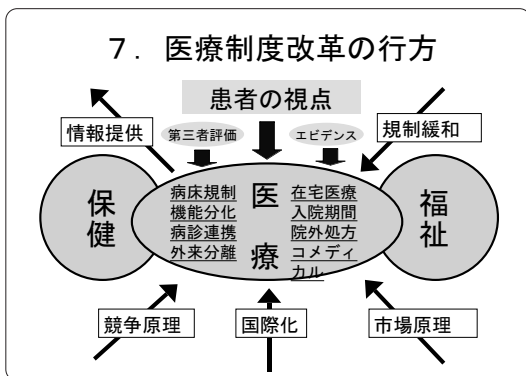
6. 医療制度改革の行方

「医療制度改革を目指すために」という格好のいいタイトルですが、よく分からないのでこのような図を描いてみました(スライド15)。「医療とは医学の社会への適応」であると。これは昔、武見先生のおっしゃったことだと聞いておりますが、やはり医療機関が医療を守り、医学は学会によって、社会に対しては行政がという観点に立って、それぞれが連携して、国民の視点のもとに医療制度改革していくというイメージ図です。

さて医療制度改革の行方(スライド16)ですが、



スライド15



スライド16

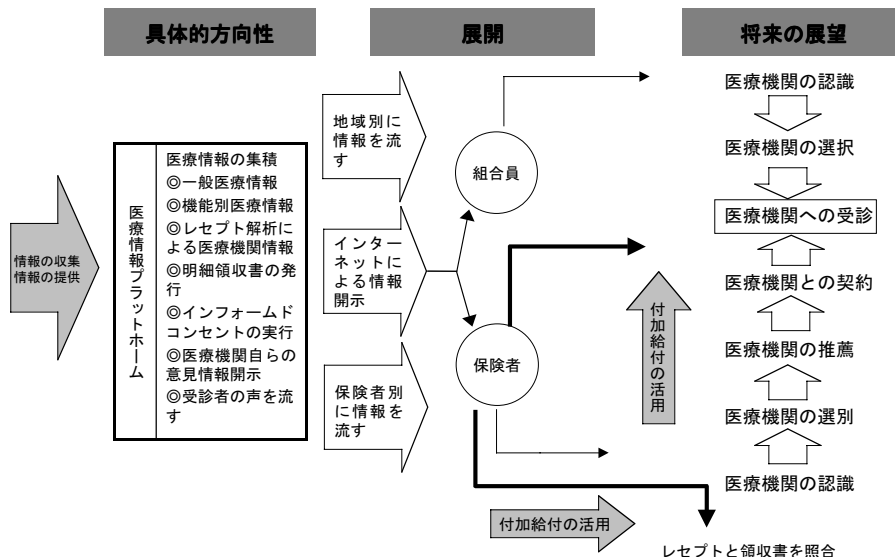
大きなファクターとして、医療制度を守るためにはhealth, 予防が大事だということと福祉, 特に介護保険とは無関係ではありえない, かなり大きな境界域が出てきている。これからの医療改革のキーワードは, 病床規制, 機能分化, 病診連携, 外来分離, 在宅医療, 入院期間の短縮, 医薬分業, コメディカル。医薬分業はもう50%くらいになっているのではないのでしょうか。コメディカルについては, さまざまな職種が力をつけてきたとき

にどう活用するのかということです。

この図で抜けていますが, 救急医療, 安全対策, それから競争の原理や市場原理に作用する国際化, 外圧, 民活も追加したいキーワードです。

今, 小泉内閣が「e-Japan」を提唱しておりますが, 医療分野でその「e」に対応するものが「e-health」(electronic-health)と「e-patient」です。要するにインターネットを通じていろいろなhealth機構, あるいは患者の情報機能が進んでき

保険者機能を推進する会の活動基本構想



スライド17

けんぽれん病院情報

(<http://www.kenporen-hios.com>)

1. 利用者

- 人間ドックで診断された病院について専門治療を受けられる病院を探したい場合
- 主治医から手術をすすめられたが他の専門医の意見も聞いてみたい場合
- めざす診療所があって病院を探したい場合
- 特定の専門外来や日帰り手術に対応している病院を探したい場合

2. 検索可能病院

- 全国約9,200の『病院』(20ベッド以上ある保険医療機関)のうち、現在、検索できる病院は、2,356施設

スライド18

3. 検索可能情報

- 掲載している情報は、健保連が決めた形式で病院から提供された内容

〔病院情報〕

診療時間、外来受付時間、面会時間、休診日、予約診療制、診療科名と医師数(総数、常勤医師数)、専門外来、日帰り手術、1泊2日入院手術、外来患者への調剤、病床数、差額ベッド数と料金、看護配置、専門スタッフ、得意分野、専門治療、その他

〔疾患別情報(約300疾患)〕

実施している検査、手術、治療の方法、専門医数、インフォームドコンセント、セカンドオピニオンの取り組み状況

4. 注意事項

- 情報検索に際しては、必ず免責事項を読むこと
- 病院を選ぶ際には、かかりつけ医や主治医の意見をもとに、自分に適した病院を探す必要があるため、夜間や休日の救急医療など、緊急の場合には、まず住まいの都道府県の救急情報を利用すること

スライド19

まして、医療機関はいろいろな変革を迫られるということです。インターネットをはじめとした情報システムが非常に影響を持つようになり、診療情報の提供を徹底的に求められるということになるわけです。その動きは規制緩和によってどんどん加速されます。

それから、医療機関における第三者評価とEBMをどのように考えていくのか。

このように医療制度改革を論じる場合には、我々医療界の当事者だけで進められないこともあります。国際化の例でいいますと、今FTAで、どんどん日本に対して要求が出てきております。貿易とかいろいろな問題がありますけれども、医療分野では、フィリピン、マレーシアやタイは、看護師や介護士を労働力として日本に輸出したいと強硬に出てきています。日本では、仮に日本の試験に通ったとしても、医者は6年、看護師は4年しか居ることができないような歯止めをかけておりますがこれを取り払えということです。要するに医療界におけるヒューマンパワーについても、

健保組合と医療機関が 医療費割合で契約を結ぶ際の主な条件

- ① 健保組合は加入員の契約医療機関以外での受診を制約しない。
- ② 医療機関は契約健保組合の加入員を優先的に扱わない。
- ③ 初診料を無料にするなどで契約医療機関での受診を誘導しない。
- ④ 割引によって契約医療機関の経営が悪化しない（直近2年間の経常損益が赤字の場合許可しない）
- ⑤ 健保組合加入者が契約医療機関を評価できるように医療機関が可能な限り広告を実施している。
- ⑥ 各都道府県において医師や健保の代表者らで構成する委員会が契約による影響を審議する。

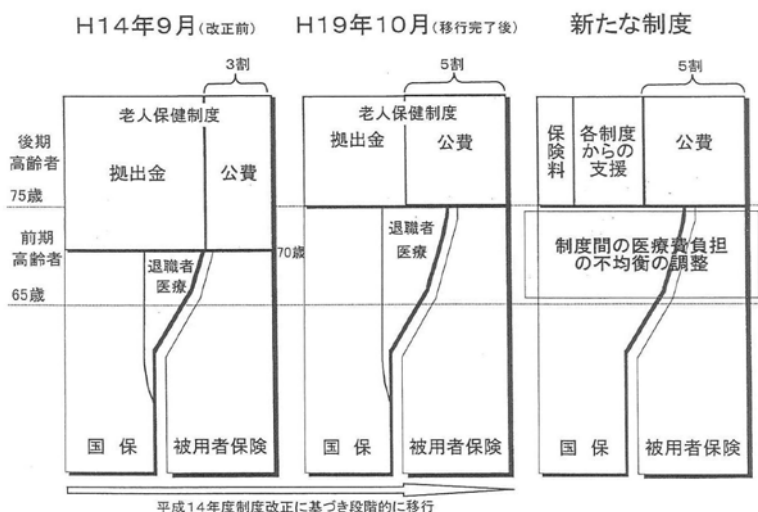
スライド20

いろいろな外圧があります。

スライド17は先ほども言いました保険者機能を推進する会の活動基本構想です。情報をどんどん集めて、その情報を組合員にも流す、保険者にも流す、そして医療機関を受診するときに選別させようというものです。

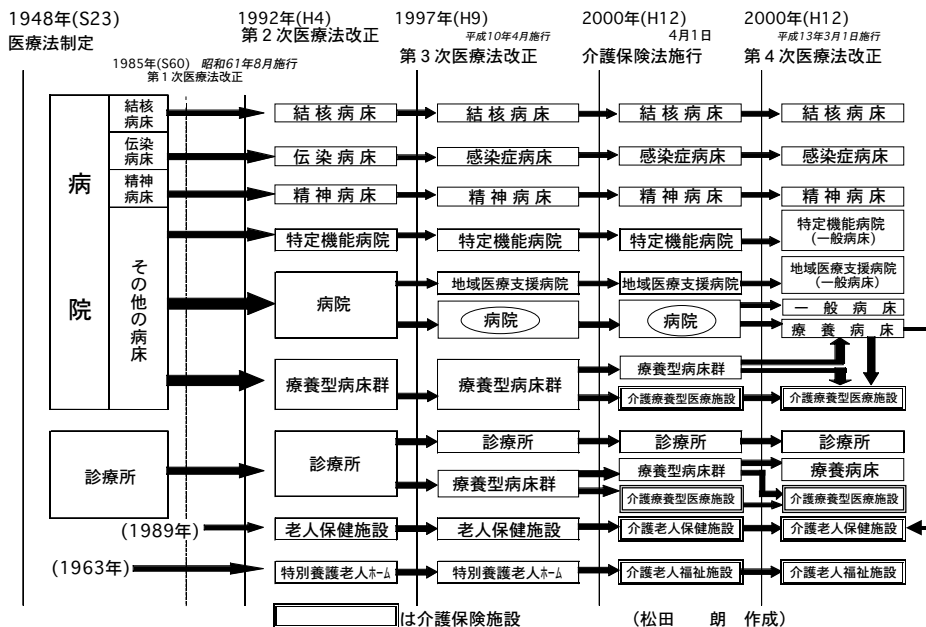
健保連もこうしたことをしております（スライド18、19）。

高齢者医療制度改革



スライド21

医療施設の機能分化



スライド22

これはすごいと思うのが健保組合と医療機関が医療費割合の契約を結ぶことができる、というものです(スライド20)。ただし、それにはそう簡単にクリアできない条件があります。日本医師会は厳しい条件をつけたのだから、実効性はないだろうということですが、しかし本当にそうでしょうか。こういう条件はその気になればクリアできないことはない。となると、健保組合が単独で医療機関を選ぶことが起こりうる状況に、制度上はなっているわけです。

スライド21はご存じのように高齢者医療制度改革の。

これで最後にさせていただきますが、医療施設の機能分化が今ここまで来ています(スライド22)。問題は、精神病床が手つかずですから、これをどうするかということをお先ほど申し上げたわけです。病院の機能分化と病床の機能分化をどう組み合わせるこれから医療経営を進めていくか、ということが課題、ポイントであると思います。

以上、とりとめのないお話ではございましたが、私のお話をこれで終わらせていただきます。ご清聴まことにありがとうございました。

座長 松田先生、どうもありがとうございました。医療制度の変遷、保険制度の過去から現在まで、診療報酬の流れ、未来へ向かってこれからどうなっていくかというお話をいただきました。

松田先生におかれましては、今後ますますご健康に留意なされて、いろいろな会合で日本の医療の方向性につきまして声高々にご発言いただきたいと思います。

最後にご提示されたスライド(スライド20)ですが、健保組合との問題というのは、我々医療人にとっても看過できないものですし、今後、株式会社の参入、混合診療というものがどうなのか、特定療養費がどのように定義するか、を各自しっかり念頭においていきたいと思っています。

松田先生、本当にありがとうございました。

特別講演

ロボットの臨床応用の現状と将来

早稲田大学理工学部機械工学科 教授

藤江 正克

座長 私は今回、ロボットについての講演の座長ということでウキウキしてまいりました。と申しますのは、ロボット大好き人間で、戦前、少年時代には『タンク・タンクロー』というロボットの漫画を愛読し、戦後は手塚治虫の『鉄腕アトム』のテレビを楽しみにしておりました。ここの皆さんも『鉄腕アトム』をご覧になっておられたことと思います。

今から40年前、私はアメリカのデトロイトで脳循環の研究をしておりましたときに、研究に行き詰まったことがありまして、当時、フォードの研究所に原子物理学の専門家の櫛田博士がいらっしゃいました。ニューヨーク・ヤンキースのスーパースターのミッキー・マントルくらいの高給で研究をなさっているという噂でしたが、私の研究の相談をしましたところ、最後に「あなたは医者でしょう、これからはそれぞれの専門家が壁を越えて研究をする時代です。お医者さんは患者さんをしっかり診察してください。今はノーベル賞をもらうような超一流の科学者や物理学者が医学の分野に入ってきていますよ」とおっしゃるのです。そこで「どんなものがあるのですか?」と聞きますと、立体レントゲン（現在のCT）、戦争用に研究された殺人光線（レーザーメス）、潜水艦探知器（超音波診断装置・結石破碎装置）などの話をされました。ロボットは、初めは無人偵察機など我々が行けない危険な所に入って作業することが主でしたが、最近では癒しのペット・ロボットま

で登場しました。

しかし我々が最も期待しているのが医学領域のロボットの進歩です。この範囲についてこれから藤江先生におうかがいしたいと思います。

藤江先生のご経歴はレジュメをご覧くださいければ、あらためて私の口からご紹介するまでもございません。では藤江正克先生、どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

藤江 奈良先生、ご紹介ありがとうございます。それでは早速、「ロボットの臨床応用の現状と将来」について、じっくりお話しさせていただきたいと思います。

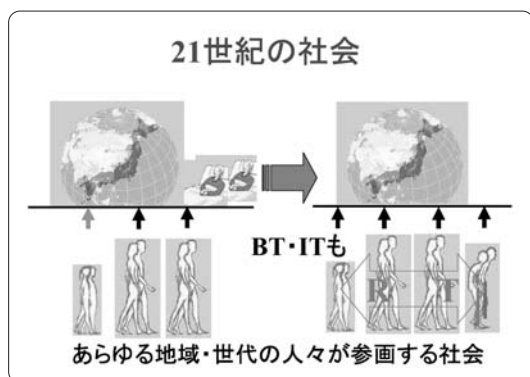
今、なぜ医療ロボット？

まず、現在、あちこちにロボットという話が登場しておりますが、なぜ今医療ロボットなのかを申し上げます。昨年、私は医学会総会でお話をさせていただきました。その際にキーワードになっていたものが、「人間科学 日本から世界へ 21世紀を拓く医学と医療 信頼と豊かさを求めて」というものでしたが、ここにロボットが活躍できる範疇があると、現在世界中でいわれております。

スライド1にありますのが21世紀の社会で、今回のテーマにもございますけれども超高齢化社会ということです。ご承知のとおり、子どもを引くくめて3グループの若者が1グループのお年寄りの社会的な活動の面倒をみる、というように、今まで何となく暗いイメージでいわれておりますがそうではないのではないかと、というのがロボットの1つのポイントです。

座長：社団法人日本病院会 副会長

奈良 昌治



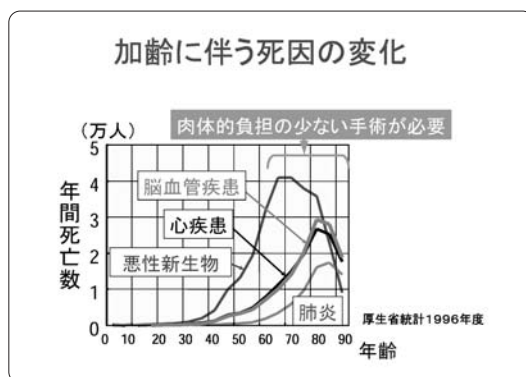
スライド 1

お年寄りを含め、社会的な活動を皆でつくっていくということで、ここで重要なファクターは、RT、ロボットテクノロジーです。経産省もこういった言葉を使い始めており、バイオテクノロジー、インフォメーションテクノロジーという言葉もRTと一緒に使われていくわけですが、こうしたことでいろいろな人たちが社会に参画し社会をつくっていくだろう、と考えております。

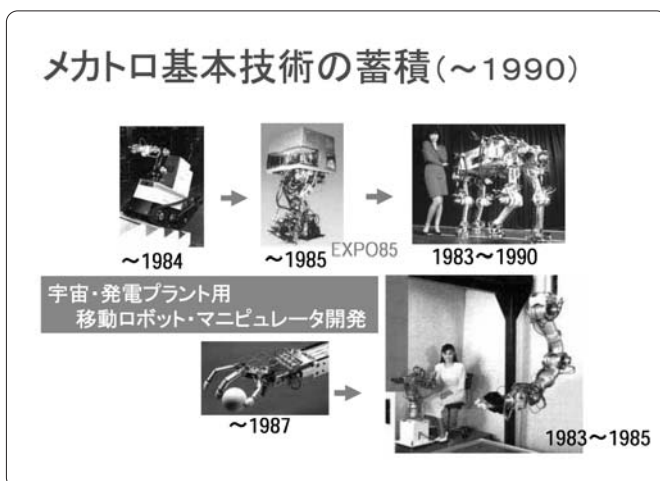
スライド2の図は、横軸に年齢を、縦軸に年間の死亡者数をとっており、加齢に伴う死因の変化を示しています。高齢者になりますと、3大疾病があって、そこには肉体的負担の少ない手術というものがこれからのキーワードになってくると考えます。この分野については世界的な流れが大きくあり、産業用ロボット以外、特に医療分野では日本が遅れているといわれています。ただし、そうはいつでもこれまで日本ではロボット研究が非常にたくさん行われてきております。したがって、これから医療・福祉の分野に大きく貢献できるのではないかと今日はご紹介したいと思います。

ロボット要素技術の成果を医療に活かす

スライド3は私自身のやってきた研究を1つの流れで書いておりますけれども、メカトロ技術というものがロボットの基本技術になっています。



スライド 2



スライド 3

これは1990年代までに大体のものができております。

マスコミでもいろいろ報道されていますが、私どもも1980年代に原子力のプラント施設で自動的に点検をして回るロボットですとか、2足で歩くロボット、最近ではホンダのアシモなどがなかなか名前を馳せています。さらには国のプロジェクトです。総額200億円ほど使って開発してきたロボット技術。移動関係でございます。それから手のほうの作業といいますと、指を使っていろいろな器用な作業をするロボットの技術。あるいは、スペースシャトルのコックピットから船外の作業をするロボットの技術の開発、というものが1980年代にほとんど終わっていました。

そしてスライド4がその後でございますが、先

ほど申しましたように、1985年代に実験室で完成した状態が、こちらの写真でL型になっているものです。これはスペースシャトルの『ディスカバリー』で2000年に若田光一さんが作業をしたロボットでございます。研究室でここまで終わっているものが、実際のスペースシャトルに搭載されているロボットというもので、これはまた2006年の宇宙ステーションに載る計画になっております。非常に大規模な宇宙の設備にロボットが入っても、十分に働ける環境になってきたというのが現状です。

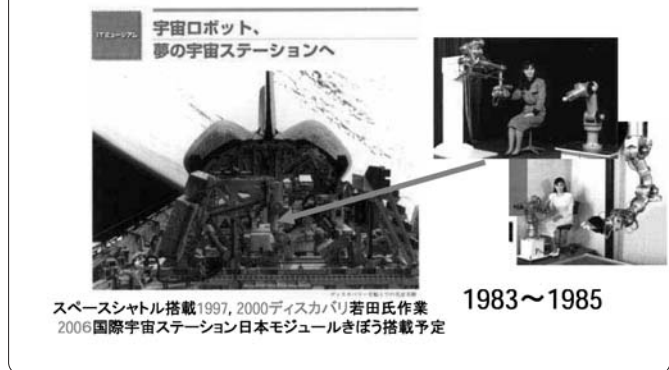
スライド5が先ほど奈良先生のご紹介にありました、「日本人の心の故郷^{ふるさと}」ということで、我々の世代でいいますと『鉄腕アトム』や『鉄人28号』が1つの大きなキーワードになっております。これにつきましては、海外でも日本のロボットということで必ず紹介されるものですが、実は2つの種類の違うロボットです。

アトムのほうは頭の中に知能を全部持っており、ロボット自身が自分で判断して動くというものです。それに対し、鉄人28号は少し違ひまして、ここに正太郎君がおります。操作装置を持っており、この操作装置の2本のレバーと、声で「動け!」と言いますと、鉄人が動いてくれるわけです。これは操縦型のロボットと呼ばれます。

今、医療の世界でいろいろと出始めているものはこの操縦型ロボットで、いかにお医者さんが所要の目的だけを指示し、それに対してロボットが動いてくれるか、ということが現在の開発の流れになっています。また、新聞やニュースなどでご存じだと思いますが、実際にメーカーがロボットを市場に出し始めています(スライド6)。こうして人間とロボットの親和性が、世間で進んでいるという状況になっています。

医療では出遅れたと一般的にいわれておりますが、現在、da VinciやZEUSといったロボットが非常に脚光を浴びております。しかし、いちばん

ロボット要素技術の成熟



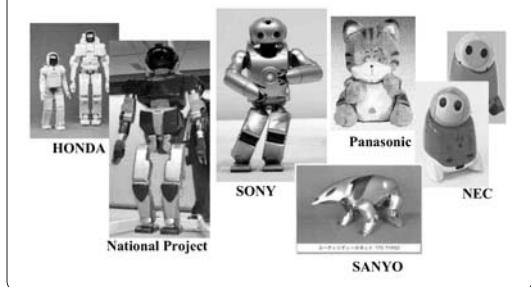
スライド 4

日本の心の故郷 ???



スライド 5

最近話題の夢ロボット達



スライド 6

使いやすいといわれる da Vinci で、せいぜい100台というオーダーで普及が止まっているわけです。今後どうしたら広がっていくか、というのが今日のポイントになります。

スライド7に、世の中で話題を呼んでいるロボ

ットを3つ挙げてみました。真ん中が、いちばん古いものになりますが、1992年にカリフォルニアのサタ総合病院というところで臨床をしたもので、今、世界中で整形外科の領域、特に股関節の置換に非常に多く使われているロボットです。値段は1億円と書いてあります。

左がZEUSというロボットです。基本技術は日本のもので、もともとは日本のデンソーという会社が開発したものです。日本の場合は医療の分野で法律の規制が強く、欧米で実用化にいたったという経緯があります。2001年9月に、フランステレコムという会社を使いまして、ニューヨークとストラズブルの間を遠隔でつなぎ、アメリカにいるお医者さんがフランスにいる患者さんを手術したということでマスコミをにぎわしました。このシステムの値段が2億円となっています。

右がいちばん最近のda Vinciというロボットで、この写真は実際に慶応大学で試験用に検査しているものです。大きなアームが載っていますが、これがロボットで、患者さんを手術するというものです。これが一般にいちばん普及しているシステムです。値段は3億円です。

今申したように、値段が1億、2億、3億ですが、できることはせいぜい人間ができることです。先に奈良先生が「人間ができないことをしてくれる」とおっしゃいましたが、これらは人間ができることをして、それが何億円もするわけです。非常にコストパフォーマンスが悪いという現状がございます。

スライド8がda Vinciの手術風景です。腕が3つありますが、このうち2つが作業をしております。真ん中に1つ、内視鏡を持った腕があります。まだまだロボットは助手が多く必要でして、助手の先生の手が写っておりますが、針を渡したり、針に糸をかけたり、摘出したがん細胞などを除去したり、いろいろなことを手伝っています。メイ

現状の手術支援ロボット



スライド7

手術支援ロボット



スライド8

内視鏡手術支援ロボットの臨床



スライド9

ンの執刀医は、内視鏡の映像を見ながら、ロボットアームの操作をします。摘出手術をしているところですが、摘出したものを取り出すことは実際にロボットがせず、助手の先生がやっております。

低価格普及型ロボットによるチャレンジ

日本ではこのように何億円もするために出遅れてしまったということに対して、内視鏡手術が非常に普及し、大体30%を超えてきたといわれています。これをターゲットにして、なるべく普及版を展開していこう、というのが今の日本の流れになっています。スライド9（前ページ）がその一例ですが、九州大学の第2外科でいろいろな治験をしているところです。先ほどのように大がかり

なものではなくて、内視鏡と術具が1対1で常に対応してくれるように、内視鏡で見たい方向へ、手術をしている部分を見られるようになるというロボットです。メーカーは日立です。日本では初めて製品化されました。

スライド10にインターネットの記事がございますが、値段は先ほど申しあげましたロボットより1桁少ない値段で展開しています。

同様に、スライド11は東芝のものです。これは鉗子を、非常に知的な、ロボットの鉗子にして

おります。お医者さんが簡単に持つだけで、非常にフレキシブルな動きをしてくれる。鉗子自体のなかに知恵を持たせている。こういったロボットが、これはまだ治験や臨床をしている最中ですが、いろいろと始めています。

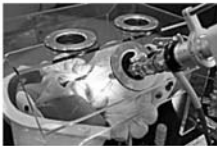
ロボットというのは先ほど申しました知能が非常に重要なファクターになっており、自分で動き回るわけにはなかなかいかないわけです。外の状況を把握しながら動いていかななくてはなりません。そうすると、周辺を認識する装置、自動車というカーナビに相当するものが必要になってきます。これがないと大変なのですが、そういうものも社会的な環境が非常に良くなっています。

先ほど奈良先生からお話がありましたのが、これです（スライド12）。術中用オープンMRIで、左上は日本の部分、右上はフィリップス、それから下がシーム

日本初の 手術支援ロボット製品化

【記事の一覧へ】

日立、内視鏡下手術の支援ロボット

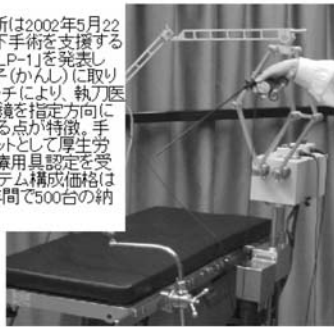


日立製作所は2002年5月22日、内視鏡下手術を支援するロボット「MTLP-1」を発表した。手術鉗子（かんし）に取り付けたスイッチにより、執刀医自身が内視鏡を指定方向に直接動かせる点が特徴。手術支援ロボットとして厚生労働省から医療用具認定を受けたのはMTLP-1が初めて。MTLP-1のシステム構成価格は3200万円から、7月より受注を開始する。5年間で500台の納入を目指す。

九大 橋爪先生

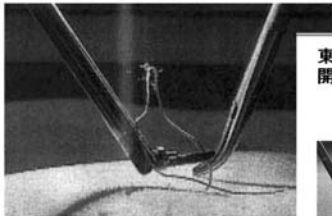
東大 土肥先生 佐久間先生

ご指導



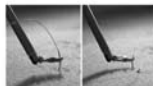
スライド10

鉗子のロボット化



東芝、直径3mmで「世界最細」のロボット鉗子を開発

2004年06月18日 12時04分



東芝は6月17日、内視鏡を用いた外科手術向けに、直径3mmのロボット鉗子を開発したと発表した。「これまでに開発した直径5mmより、さらに一回り小さい世界最細サイズ」（同社）

部品形状や組み立て方法を改善したほか、加工精度を高めて動作を安定させ、形状を細分化、より小さな開口部の手術を可能にした。従来のような腹部の手術だけでなく、心臓血管外科や脳神経外科といった分野の手術にも利用できるという。

ロボット鉗子は、コンピュータを介してピンセット状の先端部を動かし、「つかむ」「曲げる」「回転させる」といった操作を行う装置。先端部の開閉しかできない一般的な鉗子と比べ、さまざまな方向から縫合作業を行う。人間口は難しい細かい操作も可能。身体に開けた小さな穴から、内視鏡で内部を見て手術を行う低侵襲手術に適している。

スライド11

ンスのものです。GEのものはオープン型のMRIで、患者さんが入りますと中で手術ができるというものです。今は人間が入ってやっていますが、ロボットを入れることで、ロボットの誘導がこの情報を使ってできるということになります。わざわざロボットを導入したら大変なんですが、これが一般的にだんだんあちこちで使われるようになってきました。

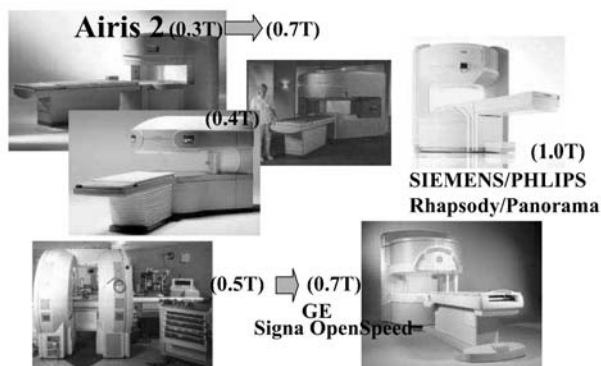
ところがこれも日本がかなり進んでいるように見えているんですが、実はアメリカでかなり進んでおります。スライド13はGEオープンMRIシリーズですけれども、いろいろな手術をターゲットに考えていまして、大きな部分はお覧のようなものです。これは乳がんの手術です。乳がんは今大きなターゲットになっているわけですが、がんの部分だけを誘導できます。こちらは膝の関節、あるいは腰の関節というように、いろいろな患部に特化できる。シリーズ化してこれからの展開を見据えたオープンガントリー型のMRIが出始めている、というのが現在の状況のようです。

これからは、CT、MRI、あるいはペ
ットもありますが、いろいろな診断装置が出てきており、これが最終的にモリキュラーイメージングというように展開するだろうと予想されています。こういうものが出てきますと、これらを診断用に使うことがそのままロボットに運用できるというかたちで、世間のこうした状況が、ロボットを普及させるための流れをつくっているということです。

世界初の低侵襲脳疾患治療ロボット

では、こういう状況で世界初のロボットが日本にあるのか、ということになりますと、実は私自身がやってきたことなのですが、2002年の8月

術中用オープンMRI



スライド12

GE オープンMRI シリーズ



スライド13

にロボットの高機能化、精密で精緻な作業ができるということのポイントにしたロボットを初めて臨床で使いました。スライ

ド14が全体の構想ですが、脳の部分に非常に小さな孔を開け、お医者さんが従来しているような作

システム構想



スライド14

業が非常に精度の高いものでできるというものです。ですから、言ってみれば、操縦型のロボットシステムということになるわけです。

スライド15が従来手術です。皆さんご承知の方も多いかも知れませんが、腫瘍にしる血管の閉塞や破裂にしる非常に小さな術部の手術ですが、執刀医がたくさんの手を入れなければならない。10cmくらいは切開している状況です。ここで内視鏡とアームのついたロボットを使うと、1cmの孔を開けるだけで済むようになります。当然、患者さんは早期回復でき、お医者さんは負担が小さくなります。もう1つの大きなメリットは、ロボットを使うことでお医者さんの動作、ロボットの動作、患部の状況、術式内容がすべて記録に残ります。ここがこれからの診療ロボット導入において、重要なファクターになるのではないかと思います。社会的には、もちろん医療費の低減と

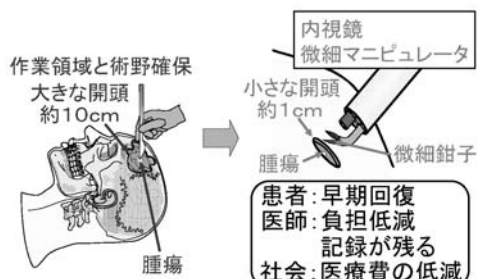
いうことが大きなキーワードになってくると考えられます。

スライド16が実際にあるロボットですが、全体の直径が1cmです。そこに直径3mmのマニピュレータ、つまりロボットの手ですが3本入っています。1本1本が中空になっておりまして、今この写真では鉗子になっていますが、このようにレーザーメスのための光ファイバー、あるいはメスなどいろいろな術具が入るようになっています。この写真の部分の分解図ですが、わずか10μです。人間の手ではとても作業ができませんが、先生方がラフにやるだけで、先端では10μの精度でこまかい作業ができるというものです。10μというと、大体細胞の大きさ程度になりますので、正常細胞と異常細胞、例えばがん細胞を区別して摘出することもできます。これは人間の手ではなかなかできないことだと思います。

これは2000年に全体のシステムが完成しました。日経BP賞を受賞しましたし、ハノーバー万博にも展示したのですが、実際に脳腫瘍で5例、臨床に使用されています。ご覧いただきますように、2000年からここまでこぎつけるのに、倫理委員会を通したりなどしますので、3年から4年ほどかかっていることになっているのが現状です。

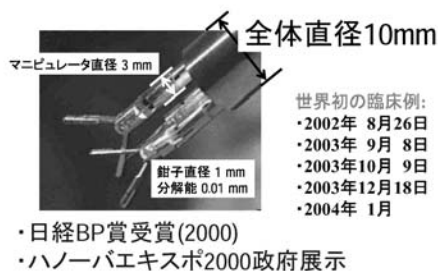
こちらの写真(スライド17)は、システムが臨床をこなす前に、東京女子医大の脳神経外科の大家であります高倉公明学長ですが、こういう先生

低侵襲手術の技術課題と社会的ニーズ



スライド15

手術支援ロボットの実績



スライド16

臨床医によるシステムの評価



スライド17

方に実際にいじっていただく、ということです。従来、ナイフを持ってお医者さんが直接患部に触れていたのですが、それに対しロボットを介してやりますので、この部分を操作するわけです。先ほど、正太郎君が持っていた操作装置になるわけですが、ロボットを介しますと、触っていた感触がお医者さんに返ってこない、分からない、ということがあります。

患部が離れたところにあるということで、こちらの写真（スライド18）。これは人間ではなく動物、ブタでの実験風景ですが、いかにお医者さんに良い情報を与えているかということです。画像が非常にリアルに、力の感覚も画像を通して得られるようなかたちが、このなかに取り込まれている。このあたりはまだまだ、インターフェースの研究開発としては重要なファクターになってくると思います。

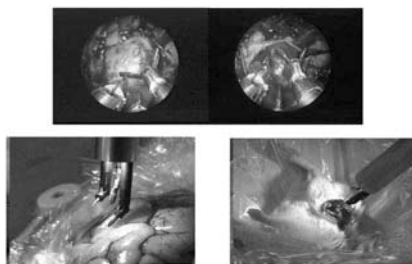
この写真が実際に作業している風景で、ブタの脳を鉗子でハンドリングしている状況でございます。ちょうど脳膜の部分をつかみ上げて、引っばっているところです。これは脳腫瘍をターゲットにした操作となっています。

それから、この写真。動物ではがん細胞がなかなかつかえないのですが、ラットにタールを塗りましてがんをつくったものに、KTPレーザーを使いまして、ここにレーザーファイバーが入ってきておりますが、これで切除をしていく、という操作をしているものです。

上のほうの写真はお医者さんが内視鏡で見た画像ということで、これは硬膜、これはクモ膜というように、患部の状況を示すことができます。

スライド19が2000年のハノーバー万博に出展したものです。それから、こちらが臨床を初めてこなしたところで、右がシカゴタイムズです。スライド20は日経新聞と信濃タイムスです。実は、信州大学の脳神経外科と一緒にやらせていただいたものですが、世界初の3本指のマニピュレータを動かすロボットが、実際に臨床で使うことができるようになりました。

マニピュレータの操作例



スライド18

ハノーバで（2000年）



スライド19



スライド20

低侵襲治療支援

●対象の拡大/脳

このようにロボットは最初に脳外科で始められたわけですが、やはり、先ほどの値段の問題や、お医者さんたちにいかに使ってもらえるか、ということからいいますと、もっと範囲を広げて

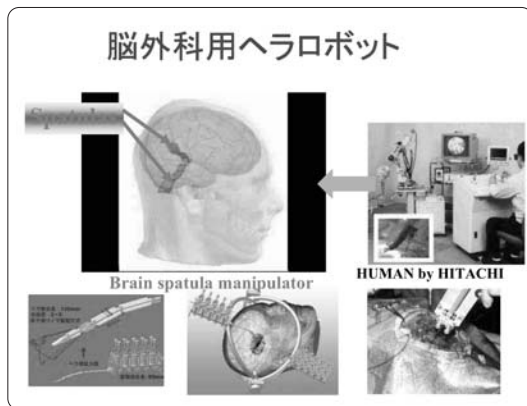
いかなければならない。対象部位を拡大することが重要ということになります。先ほどの例ですと、脳の表面だけを治療できるロボットでした。しかし、やはり脳の場合は奥を治療できなければ意味がないじゃないか、ということで、こちらの写真が脳ヘラ用のロボットが動いているところです（スライド21）。

スライド22は、シルビウス裂という、この横の部分搔き分けて、脳幹のほうまで入っていくという状況ですが、開いていける、奥へ入っていけるロボットが開発されておりまして、これはボタンを使った実験ですが、こちらのほうまで動き始めました。

これはまだまだ予備的な検討ですが、具体的にどうかたちでいくかといいますと、こちらの写真、このシルビウス裂のところに非常にがんがでやすいので、この辺を治療したい、という先

生方のご希望がありました。このようにロボットが自由に内部に入っていくまして、ちょうど脳ヘラを使って先生方がされているのと同じことを、さらに精度を上げて脳組織を挫傷させることなしに、傷つけずに奥まで入っていけるわけです。ロボットは力の制御が非常に得意で優れていますから、それが可能になります。

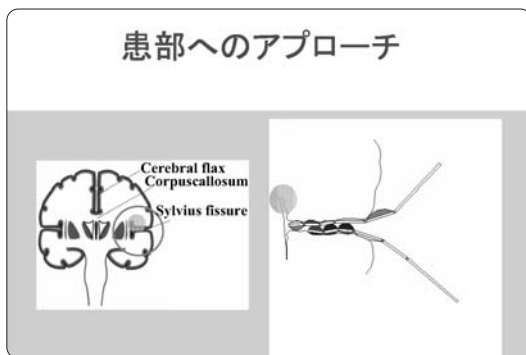
より詳しく説明しますと、ヘラの状態のものが自由に動き回れるようになっていきます。外側にバルーンがついておりまして、電子制御で力を一定にしたまま、生理食塩水を出すことによって、自由に搔き分けられるようになっていきます。具体的にはこのように、上と下に孔が開いております。全体が通路になっていまして、生理食塩水が自由に入れられるようになっていきます。外側にバルーンをかぶせてあり、1個1個の関節はこのような仕組みで流路が設けてあります（スライド23・



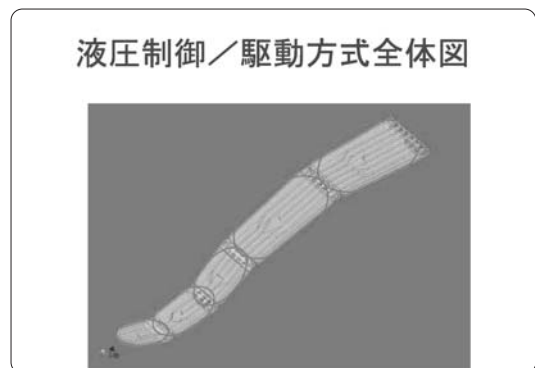
スライド21



スライド23



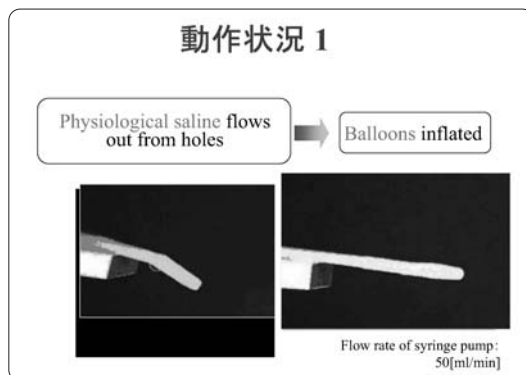
スライド22



スライド24



スライド25



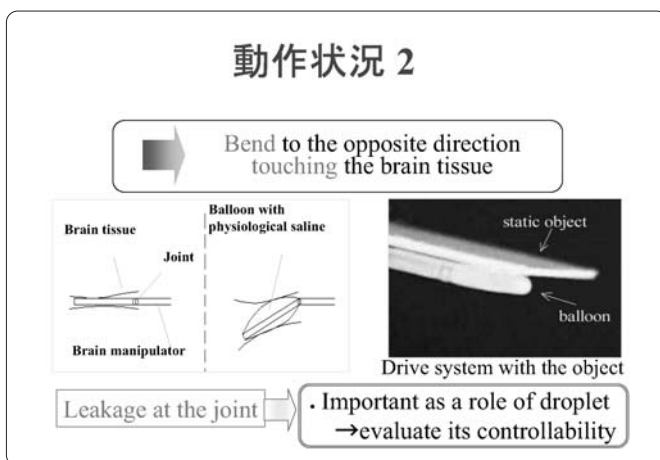
スライド26

24)。

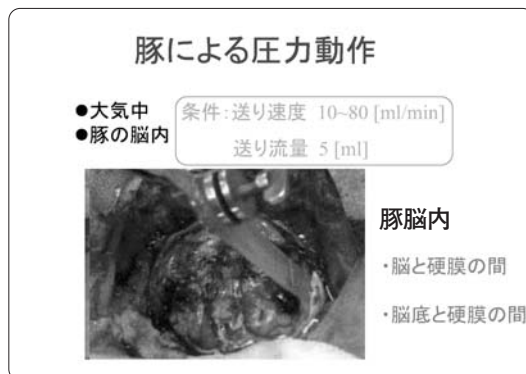
(スライド25) 非常にこまかい作業が、ヘラの中にすべて仕込まれておりまして、とても精密になります。具体的には、いちばん先を動かしたいときにはこの流路に生理食塩水を入れる、次を動かすときはこの流路、その次はこの流路、という具合に5つの関節がここに設けられるわけです。そして目的部位にちゃんと入りましたら、ヘラの手先がしっかり固定されるように、おのおのの関節にブレーキがかかる。この黄色い線(白い部分)に水を流すと、ブレーキがかかります。これはロボットの手先、皆さんの指先と同じになるわけです。その1個1個の筋肉と同じ動きを実現するロボットができました。

スライド26が、実際にバルーンをかぶせていない状態で、どのように水が出てくるかをご覧ください。このように、1つの部分に生理食塩水を出す、というものです。この上に、バルーンをかぶせると、このような形になります(スライド27)。かぶせると水が出ませんから、外にはみ出しませんで、指が動いている状態になるわけです。この図でもわかりますように、非常に微量な量を制御できるようなロボットが、すでに実用化されているということです。

実際に、生きたブタを使って治療をしてみようというのが、スライド28の写真です。ヘラが入っ



スライド27



スライド28

て、動いているところです。今は脳底と硬膜の間ということで一応、マニピュレータが動くということが確認できました。

●対象の拡大/心臓

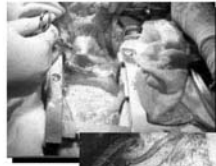
さらに対象部位を拡大するというので、現在、

心臓に広がっております。心臓は脳と違い、非常に大きく動いております。その動いている心臓を止めないで治療をすることが必要になってきます。

スライド29は私自身が見せていただいた写真ですが、冠状動脈のバイパス手術と大動脈の置換手術の写真です。いずれも非常に大きく開胸し、心臓を取り出して手術するかたちになります。これをそのまま肋間からロボットの手を挿入して、内部でコンパクトに手術をするというのが、こちら（スライド30）になります。心臓の外にある脂肪層、筋肉層、それから血管、さらに流れている血液などの状況をすべて把握しながら進んでまいります。これがロボットの手になっています。これはスタビライザーということで、ある程度心臓を押さえながら、患部だけを治療していくということです。それからこちらが、お医者さんが実際に操作をする、操作装置になります。

さて、スライド31が実際にできたロボットアームですが、非常に高磁場の状況でもちゃんと動いて、しかも高磁場で画像が乱れるなどの悪影響が出ないものがすでにできました。こちらで実際の動物での実験を始めているところです。

これまでの手術(例:心臓外科)



冠動脈バイパス手術



大動脈血管置換手術

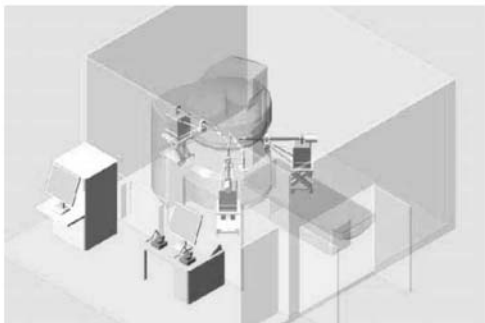
スライド29

●対象の拡大/股関節

心臓がかなり見えてきましたので、今度は股関節手術にも広げていこう、ということになります。難しい重い手術は心臓のほうが多いと思いましたが、聞くところによると、高齢者の場合は股関節が非常に多いということですので、こちらに展開していこうということになりました。

スライド32が今までもすでにやっているROA、^{こつき}骨切り手術です。置換をしないで骨の一部だけを位置修正して、股関節の不具合をサポートする手術が行われているわけですが、これをロボットに置き換えていこうということです。

心疾患診断治療統合支援 ロボットシステム



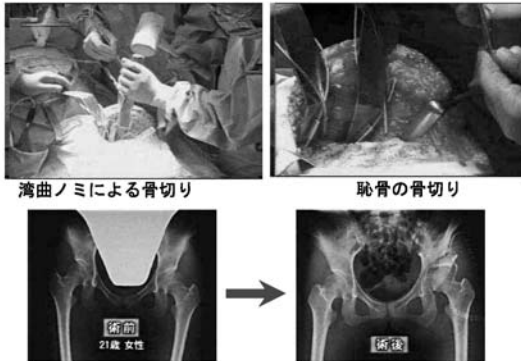
スライド30

心疾患診断治療統合支援 ロボット



スライド31

寛骨臼回転骨切り術(ROA)



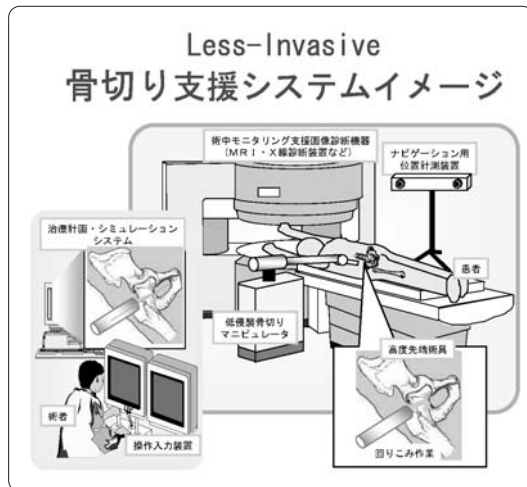
スライド32

(スライド33) 具体的には、股関節の上の部分を持ち取って、このシマシマの部分の骨を少し横にずらしてなじみを良くしてあげる。そしてすぐこうして固定をすることで、リハビリに入ることができるわけですが、これをロボットでできないかということなのです。

(スライド34) このロボットは股関節のこの部分に入りまして、ここにMRIとありますが、MRIだけではなくX線のCTのような位置決め装置を使いながら、実際の実験を始めています。

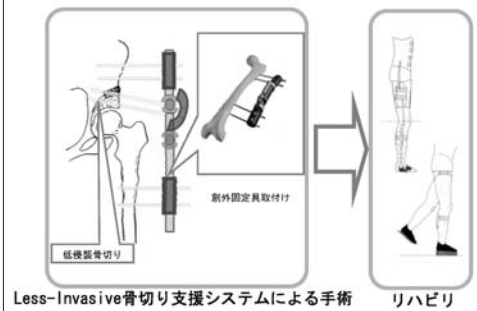
ロボットの作業は、筋肉を掻き分けることと、出てきた骨の部分について、一部切除し、横にず

Less-Invasive 骨切り支援システムイメージ



スライド34

変形性股関節症



スライド33

らすというものです(スライド35)。人間がやるのと違い、非常に種類の筋肉を掻き分けられるのですが、今使われているMRIの画像(スライド36)を見てのとおり、各筋肉を非常にきれいに見ることができます。これらをどの筋肉のどの部分を掻き分けるか判断して、骨頭の部分と、それを押さえ持っている臼蓋の部分を見つけ出して治療できるということ、動くことができるということがお分かりになられたかと思います。具体的には、こちらの図(スライド37)には筋肉が描いておりませんが、このロボットの3本の指が掻き分けていきます。血管や神経を避けて掻き分けながら、所要の位置までたどり着きますと、3本の腕がカチッと筋肉を固定しまして、治療しても大丈夫な環境をつくります。そこで治療をするロボッ

股関節アプローチ法



スライド35

トアームがまた入っていきまして、白蓋の部分を治療します。血管、神経、筋肉を傷めずに手術ができますし、終わったらアームをズルズルと外へ抜けば完了ということです。

●対象の拡大／膝靭帯

さらに靭帯にも展開を広げておりまして、スライド38のように膝の部分の靭帯、今回の場合は靭帯のものだけで実験をしておりますが、軟骨についても、高齢化に伴っていろいろ不具合が生じてくるということです。この手術をロボットで行うということになります。先ほどの心臓や股関節ですと比較的大きなものになりますが、膝の場合は小さいわけです。そこで、ロボットが内部でこれは靭帯なのか、切ってもいい軟骨なのか、そういったことを自分で認識しながら進むわけで、下腿と大腿の間で靭帯が力学的にどういう形で動い

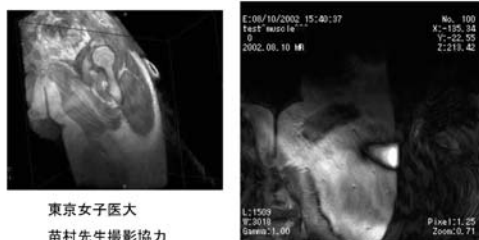
ているのかを確認しながらやってきております。そして、具体的に靭帯が骨のどこについているか、その靭帯をどこにつければいいかということは、前もってMRIの画像から了解できますので、靭帯を再建できるということです。

スライド39にありますように、実験では靭帯を横に引っばったり広げたりしまして、どの部分に靭帯がついているかが分かりますと、その靭帯が損傷していた場合はどの部分を修理すればいい、だからロボットは入って行ってどの部分にいるから、どの靭帯を触って再建する、あるいは軟骨の部分であればどの部分を再建する、ということがロボットのアームが動くことによって、作業の自動化が可能になってきております。

●対象の拡大／胎児

さらに、拡大ということで欧米で始められてい

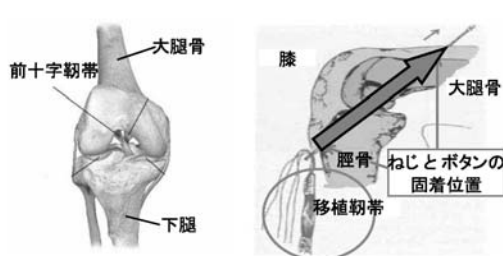
股関節MRI画像



東京女子医大
苗村先生撮影協力

スライド36

従来の十字靭帯の置換手術



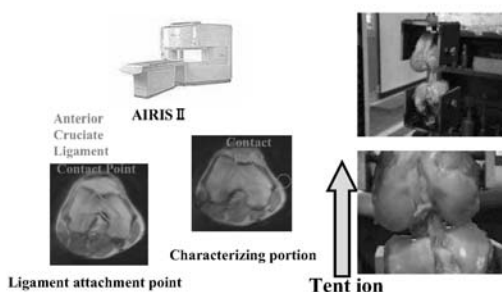
スライド38

股関節手術支援構想



スライド37

実験



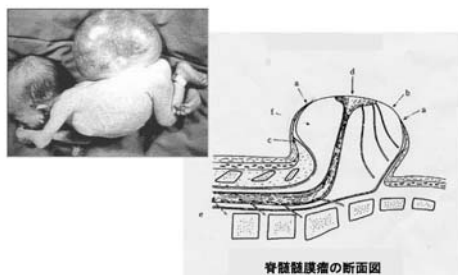
スライド39

るのが、胎児に起こるいろいろな損傷に対して、その部分を母体にいる状態のまま、先ほどの脳のロボットに相当するものですが、そういった小さいものが入ってって治療・手術できます。そうしますと、こちらの写真は具体的に国立生育センターの先生方と一緒にやっているのですが、20週くらいの胎児に治療をしてあげますと、非常に良い状態で生まれてくることができます。

これも、ロボットだからできるという1つのポイントでして、今対象としているのは二分脊椎症というものです（スライド40）。この赤ちゃんはいちばん顕著な例ですが、この部分をきれいに治療してあげようということです。具体的には、先ほど申しあげました、脳のロボットが脳に入っていくのとほぼ同じで、子宮へ入っていきます。実はアメリカでは、いくつかの病院でこれが進んでおります。その場合、通常は開腹をして、子宮ごといちど体外に出し、胎児の治療をしてから再びお腹に戻すという手術でした。例えば陣痛の問題にしても、詳しくは分かっていないわけです。そういう状況でも、手術をしてほしいという現場サイドからのご希望でした。我々はまだ共同研究を始めたばかりですが、これも着実に進んでおります（スライド41）。

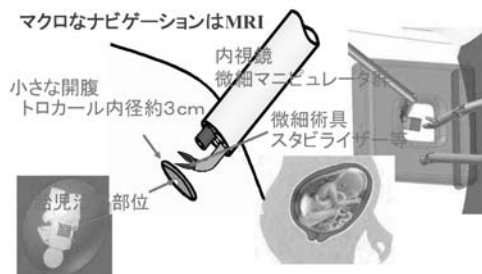
1つには、子宮にアームが入るときですが、当初は直径が3cmの予定でした。しかし、それでは子宮内の羊水が漏れてしまうので、3mmにするようにとほかの先生方から要請があり、現在ではわずか3mm以内のアームを挿入しております。子宮内では、羊水内に浮いている赤ちゃんを押さえて、患部である脊椎をピックアップします。このとき、出産時に赤ちゃんがきれいな状態が出てくるためには、手術は20週くらいがリミットとされています。そのときまでであれば、細胞分裂が続いている状態ですので、きれいに治って産まれてきます。ただ、20週くらいの赤ちゃんの肌は、皆さんご想像がつくと思いますが、ゼラチン状でハンドリングがしにくい。さすがのロボットでも、従来つかんでいた固い組織よりはずっとやわらかく、全然違ってくるわけです。そこをいかにうまく

二分脊椎症



スライド40

胎児手術支援ロボット構成



スライド41

胎児皮膚組織の基盤技術



スライド42

くロボットで操作できるかということで、この写真（スライド42）は実際の20週くらいの赤ちゃんの状況ですが、肌のヌメヌメ感、ネチヨネチヨ感などをいかに工学的にしっかり把握するかということが大事で、現在の学問的にいちばんのポイントです。

●対象の拡大／遠隔治療

さらに、展開としましては、この写真（スライド43）、実際にMRIの入っている手術室で動いているロボットです。医局のほうでお医者さんが実際に遠隔操作で手術しているところです。こういうロボットができて、患者さんに広く使っていただかなければ効果がないわけで、そのことで遠隔操作というものが非常に大事なファクターになってきます。離れた場所で手術をします。

遠隔で、インターネットを使いながら手術をするわけですが、通常のインターネットでは駄目でして、とりあえずこの東京女子医大の場合は病院内LANを使いました。これをさらにどういふ

うにやればいいのかという研究で、私ども早稲田大学と九州大学医学部の間をネットワークでつなぎました。そのときは一般のインターネット回線でした。それから私どもの研究所の分室、ランチが岐阜県の各務原にあります。こちらの間には早稲田大学の専用回線が通っておりますので、専用回線を使った実験、それから九州大学医学部との間には汎用回線を使った実験ということで、現在やっています。

スライド44にあるのが実際に操作をするロボットですが、やらなければならないこまかいことがたくさんあります。これからの普及を考えると、リアルタイムで画像を受信してロボットを操作するとすると、汎用インターネット回線ではなく、やはり専用回線でなければ問題がありますし、通信も含めてやらなければならないことが出てきました。

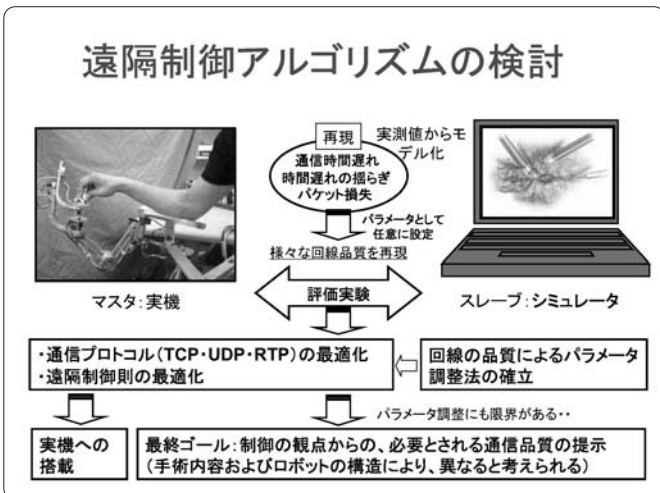
今、必要な研究課題

次に、今いちばん必要な研究課題についてお話ししたいと思います。先ほどご覧いただきました、ROBODOCとかda VinciとかZEUSはいずれもお医者さんが手を1cm動かしますと、離れたところでロボットが1mm動いてくれる、また、手がぶれたり震えたりしても、ロボットのほうは震えないという、精度的なメリットは良いのですが、あくまでもお医者さんがしたことをロボットはするだけです。すなわち人間がやっていることと同じ程度の作業しかできないということになります。

この問題を突破するためには、ロボットの手先を賢くする必要があります。賢いロボットにするための知的制御、皆さんが手を使って手術をする場合、ベテランの先生は頭よりも触診でかなりの情報を得て、これは正常部



スライド43



スライド44

位だ、ここが患部だということを判断・認識しています。こういう能力は、ロボットはまるで持っていません。ロボットにそうした知恵を持たせないと、先生方がこう動かしたい、ああ動かしたいと思っても、ロボットのほうは対応してちゃんと動いてくれない、という問題があります。

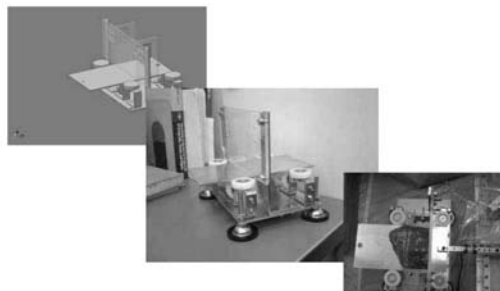
このことがこれからの臨床での大きな問題で、先ほど3つほどロボットをご覧いただきましたが、どちらかというものの珍しいということに使っていただいている。それに対して、これからは患者さんやお医者さんのために役に立つロボットというものがどこに求められるかということがこのポイントに1つあるわけです。皆さんも臨床の先生でしたらご想像できると思いますが、自分でしている作業は、いちいち頭までいかずにやっておられると思うんです。そういった手先の知恵、これをロボットに持たせることができるかということです。

そうしたロボット制御のための“フィジーム”というものが、今、この分野での大きな展開になっております。日本でも厚生労働省のプロジェクトとして昨年度からスタートしました。要するにこうした知的な部分を実現するために、人間の体のいろいろな部分を機械と1対1に対応させるためには何がどうなっているんだ、ということを明らかにしよう、というものです。

これは、アメリカでも医療ロボットの研究のいちばんの関心になっていきます。ニュージーランドやフランスなどでも国家プロジェクトとして進められています。マスコミ受けしない話なので、お耳にされることはあまりないかもしれませんが、ここを詳しくお話したいと思います。

スライド45の写真にあるのはブタの肝臓ですが、こういう研究をするために人間の肝臓というものを考えてみますと、腸があって胃があって、裏に何があってというように、お腹の中での状況というものをある程度再現して、肝臓を押さえなければならぬ、という大きな問題があります。そのへんを、いろいろな道具を作りながら研究していくという難しさがあります。

基盤技術の開発 (特殊測定器の開発)



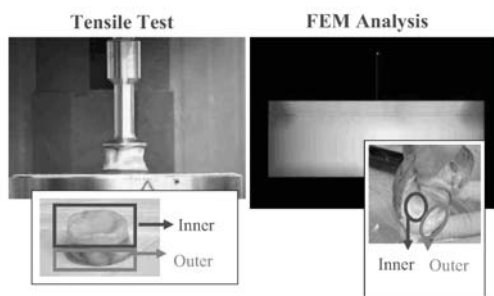
スライド45

脳組織の特性をおさえる

スライド46にあるのは別の写真で、ブタの脳です。こちらは有限要素法という、数値解析のコンピュータシミュレーションモデルです。この写真が実際に実験中のものです。今引っぱっています。これからぎゅーっと引っぱるわけです。これが脳のサンプルで、外部組織と内部組織を一体化させたものをこの部分に設けまして、こういうかたちで実験する。これを実際の計算モデルでシミュレーションしてやって、対応が1対1でちゃんとついているかどうかということを確認するわけです。

具体的になりますが、脳の組織がそんなに簡単に押さえられるか、という疑問を持たれるかもしれません。これはかなり部分的に非常に基盤的なことをおさえるわけで、脳の1つの動きとして、

脳組織の評価



スライド46

これがバネになっています。速度に対して抵抗力が変わるという要素で、こういうものは工学的な観点で、このような式で表すことができます。引っぱってやったときに、引っぱった力と、変形が分かるようになっています。

スライド47が、実際に脳を引っぱったときの値を、横軸に時間を取ってグラフにしています。こちらのほうはそのときの力を取っています。力とバネ乗数の比で書いてありますけれど、これをクリープ・コンプライアンスといいます。ずっと引っぱって変形させたときの、やわらかさと固さの変化です。脳を引っぱったときに、何となく分か

ると思いますが、組織が固くなっていくわけです。そういう特性が、こういう形で得られます。

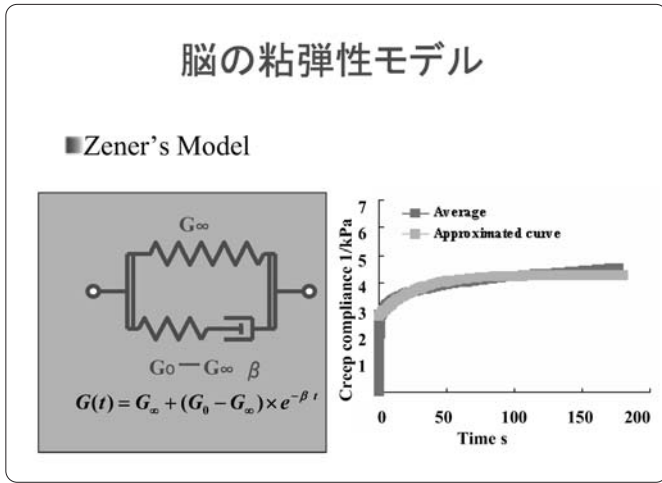
そうしますと、そこでいろいろなデータを取り出して、例えば、引っぱりの場合、圧縮した場合、直径方向と厚み方向で変化が出てくる。ぎゅっと押しますと、こちら方向には変形しますけれども、横に広がります。その量がすべてこの式の上で表せるわけです。引っぱるとこういう形で真ん中がへこんで、横方向が小さくなってくる。こういうことを従来、先生方は手でやるときにいちいち考えず、感覚で手を動かしていたと思いますが、ロボットにはそれを与えてやらないと、先生方が非

常に不自由な情報だけを得ながらロボットを操作しなければならず、大変です。それをロボットが、脳をいじったときの数値はこう、正常細胞のときはこう、がん細胞のときはこう、ということを理解しながら動けるようなデータが、今できてきているわけです。

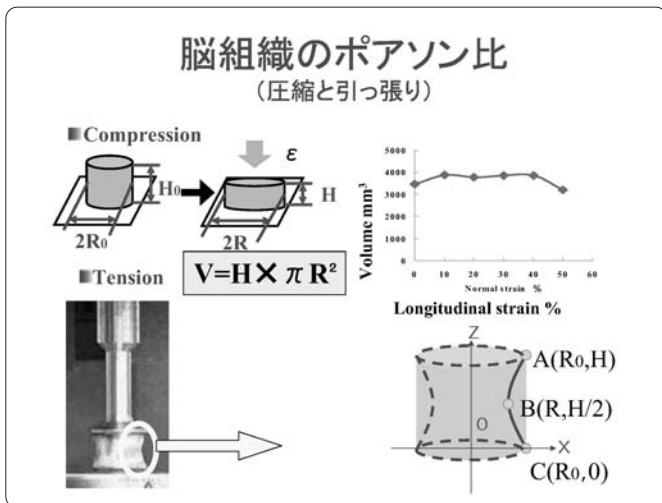
こういうかたちで、伸ばした方向で体積の変化というふうなものが与えられますので、これらはすべてロボットの知能のなかに情報として与えてしまうわけです。そうするとお医者さんがこう動かしたいというときに、ロボットがそれに対して相手の変化に応じて動いてくれる。こまかいことですが、こういうことを詰めておかないと、今のロボットはきちんと動いてくれません。

スライド49が脳の数値化したモデルです。これがフックの法則という、工学的な数式です。これもツェナーモデルという、通常の組織を考えると、工学的に非常に標準的に使うものであります。

こうした数式をロボットに埋め込んであげれば、お医者さんがこのように動かしたい、と思って操作をすると、ちゃんと細胞の動きに応じて指先が



スライド47



スライド48

動いてくれる、というかたちになります。

そして、思いもかけない動きも出てくるわけで、例えばがん細胞だと思ったらその部分は通常細胞だった。そうするとその変化は少し違って出てきて、お医者さんはすぐにそのことが分かるので、別の操作に替えてあげることが出来るわけです。

それからこのへんは、操作する先生方は全然ご存じなくてもいいわけで、実際の今までの経験値をこういうかたちで我々のほうがロボットに移植してあげる、ということが必要です。クリープという特性がありまして、1回ぎゅっと引っばってそのまま止めておきますと、人間の体組織というものは戻ってきます。水分が入っている細胞ですから、当然戻ってきます。それをぎゅーっと引っばって止めた状態でしばらく置きますと、これがびんと張っていたものがだんだんたるんできます。こういう状態も、機械的な特性でデータを取ってやると得られる形になりつつあります。実はまだ完全にはなっておりません(スライド50)。

肝臓のモデリング

脳の組織のほうが工学的にはおさえやすいようです。かなり難しいのは肝臓で、内部に非常に組織全体に直接かかわるような形で、血管がたくさん通っています。肝臓の組織のつぶつぶの状態と血管が複雑に入り乱れていまして、ネチョネチョ感、ツルツル感、プリプリ感、スベスベ感と表現しているいろいろなもの、それらをすべて数式化することがこれからの大きなポイントです。今ではかなりおさえられるようになってきました。

スライド52が実際に肝臓の実験をしたもので、これが弾性力、プリプリ感に相当するものです。これがネバネバした、グチュグチュした感じ。これを数値化して、横方向に周波数をいろいろ変えまして、ぎゅっと揉む、揉み方の周波数を変えていきますと、それによって力が変わってくるわけです。そういうデータをおさえたものです。これがネバネバ感、これがプリプリ感だということで見てくださいたいのですが、そういった

脳の数式化モデル

■ Isotropic, Homogeneous

Hooke's Law in 3D

$$\sigma = 2G \varepsilon^d + K \text{tr}(\varepsilon) I$$

Zener's model

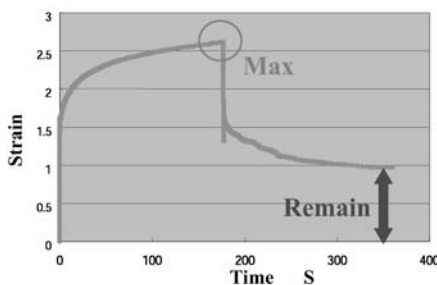
$$\varepsilon^d = \varepsilon - \frac{1}{3} \text{tr}(\varepsilon) I$$

$$K = \frac{E}{3(1-2\nu)} \leftarrow 0.49$$

$$E = G_e 2(1+\nu)$$

スライド49

クリープ特性



スライド50

肝臓のモデリング

$$\sigma = \frac{2}{\pi R^3} M$$

$$\varepsilon = \frac{R\theta}{D}$$

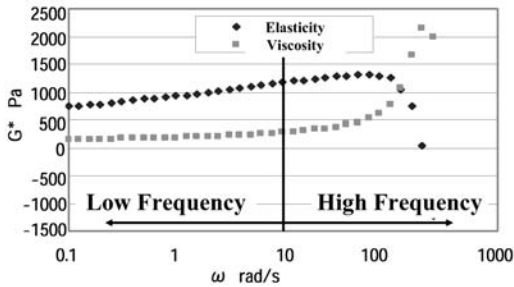
- Visco-Elasticity Test
- Creep Test
- Constant Strain Velocity Test

Modeling of Pig Liver

スライド51

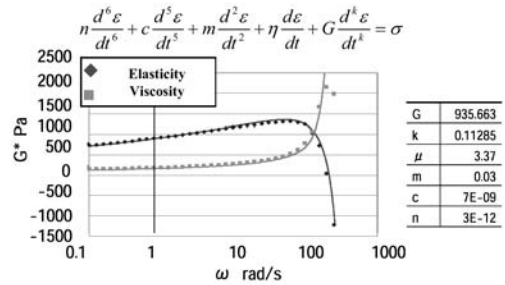
感触に対してスライド53の数式をあてはめると、ぴったり一致する。この式でつくったものを線で表したものです。先ほどご覧いただきましたブタの肝臓から取ったデータがスライド52です。この2つです。この数式をロボットのなかにインプットしますと、プリプリ感やネバネバ感に対して、

肝臓の実験結果



スライド52

肝臓の数式モデル



スライド53

どういふ動きをすればいいのかということが再現できるわけです。そうすると今までお医者さんがメスやナイフで直接接触ってネバネバやプリプリ、ザラザラ感を感じていたのと同じことが、今度はロボットの先で動いてくれる。ちょっと分かりにくいかもしれませんが、このへんがロボットの技術で非常に大きな要素になっています。

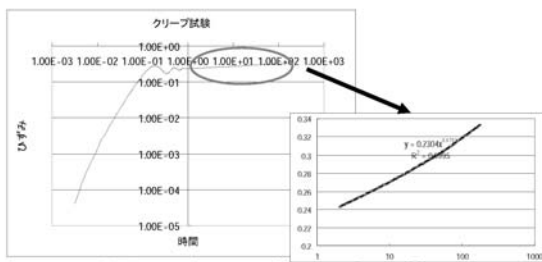
今、先生方がロボットを使うことに対して、たぶん非常に不安を持っておられると思われます。今まで直接接触ってやっていたことと全然違うじゃないか、あんなグチャグチャしたようなことが分かるのか、ということに対して、最近は工学がこのへんまで頑張って動けるようになってきたということがございまして、スライド54も肝臓ですが

同じようにぎゅっと引っぱって止めておきます。すると、最初ぎゅっと引っぱり終わったときにはぴんと張っているんですが、だんだんぐーっとたるんできます。こういった問題にしても、こういう形でデータが得られるようになってきております。ある時間内はこう、だからつまんだときに、ロボットがこうつまんでぎゅっと引っぱりましたということが、自分の中でロボットには分かるわけです。そして引っぱってじっと止めました。止めておくと先生がおっしゃったから、ロボットは止めているわけです。しかし、止めてあってもぐーっとたるんできてしまいます。たるんできたものを補正することが、ロボットに求められる知能になるわけです。そうでないと、お医者さんはず

っと止めておくつもりなわけですから。こういうものに対してデータを使いますと、たるんできたものを補正するためにぴんと張らせようとして、どのくらいの力にしたら常に同じ状態に張ってられるか、ということをおロボットの先でやってくれるので、お医者さんが止めておきたい、と思ったことに対してロボットがそれに追従してくれる、というかたちになります。

ちょっと難しいかもしれませんが、スライド55がブタの肝臓で、今、穿針をしているところです。針を刺しまして、見づらいかもかもしれませんが、肝

肝臓のクリープ特性



応力一定→ひずみの時間変化

両対数で見ると、約1[s]後から直線になっている

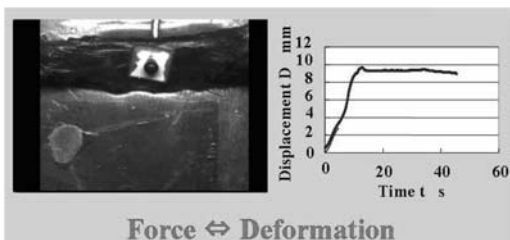
スライド54

臓がどう動いているかをこのように画像処理で見ているわけです。ずーっと肝臓の中に針を刺して、肝臓も最近、焼灼したり、凍らせたりといった治療が非常に多いということで、これが1つのポイントだということでもいろいろいわれています。こういうものをずーっと入れていきますと、時間に対して、これはあくまでも一例ですが、順番にぐーっと入れていって、そのときの肝臓の変形、全体がどう変形するのか、自分が入れていった針と肝臓組織との関係はどうなっているのか、ということをごとうかたちで実験しております。

スライド56もまた別でして、これはブタの肝臓、今ちょうど触ったところ。ずーっと刺してまいて、突き抜けていきます。突き抜けてきたところがここになります。この間で摩擦の問題などがありまして、肝硬変の肝臓と、当然フレッシュな肝臓ではずいぶん特性が違ってまいります。そういったデータが得られると、患者さんに対して治療するとき、針を刺していくときに、例えば一定の速度で刺したい、ということに対して、そういう指示をお医者さんが出しますと、この針が一緒になってずーっと一定の速度で刺していってくれる。あるいは、ここは早く通り過ぎたいからぎゅっと送らなければいけないとか、血管を避けなければならないというときも、こういうデータがありますと、これは血管の内部を刺しましたけれども血管のあるところは状況が変化しますからそれを避けて、中を抜けていくということができるようになるわけです。まだこのへんはロボットに実装できるまでにはなっていません。

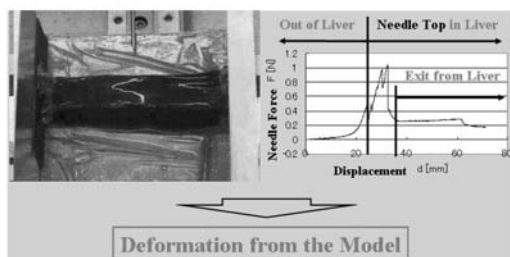
先ほど申しましたズリズリッと刺していくときに、非常に抵抗が大きいときと小さいときがあります。これはメスで切るときと同じように、針の鋭さも影響します。そのように摩擦の力が重要なファクターになります。スライド57も横軸に非常に早い時間を取っております、そのときの肝臓の組織から、針やナイフが受ける反力というものをおさえておきます。これもロボットの中に埋め込むわけです。するとこの部分は、ずっと針を刺したところですが、刺したところからずっといく

肝臓の穿針に必要な力の測定



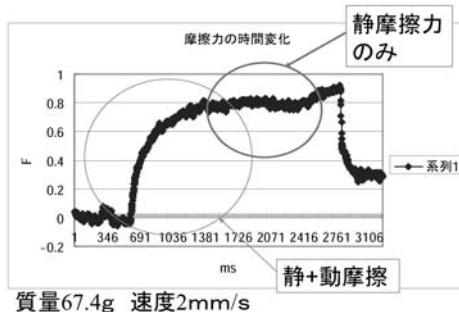
スライド55

肝臓の穿針による変形の測定



スライド56

肝臓の摩擦力の測定



スライド57

間は止まってぎゅーっと押さえられている摩擦力、静摩擦力とっておりますが、それからズリズリと動いていくことで抵抗力が出てくる動摩擦力。この部分はそれが両方出てきております。それに対してこのへんは静摩擦力のみということで、中をずーっと入っていくときに常に支えられているものについては、通常の治療の仕方で行くと静摩擦力だけが出てくる。そこで、こういうデータを

入れてあげると、手術をする先生は肝臓のある部分が事前に分かるわけです。その部分に針を刺して、例えばがんの部分だけを焼灼したいということになりますと、この部分はこういうふうにならずと一定の速度でいきたい、ある血管は避けていきたいというときに、摩擦力はどう変化するかをいちいち考えるのではなくて、ロボットが判断してくれます。ただし、確かに針が行っているかどうかということは、お医者さんがちゃんとキャッチできるようにする。MRIや超音波などの装置を使ってデータをチェックすることは先生方も当然術中にやっていくわけです。ということで、こういう知恵をロボットにつけてやろうということをやっているわけです。

さらには、20週の胎児の非常に難しい問題、ゼリー状の脆弱な組織につきまして、まあやわらかいからこそ回復するわけですが、そういうものに対しても、スライド58のような測定装置をいろいろ検討しております。具体的には、髪につけるヘアジェルをイメージしていただきたいのですが、ヘアジェルやゼラチン、それから肝臓なども、いろいろと解析していくことで、このへんはだいたい赤ちゃんの組織と違うわけです。それからネズミの胎児というものをそれと並行してやるわけです。ネズミの胎児の場合、19日というのが、人間でいうと20週くらいだということは組織解剖学の分野の先生方がおさえておられるので、我々はその

基盤技術の開発 (汎用測定器の活用)

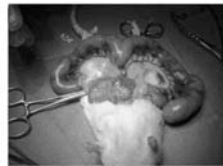
粘弾性試験機



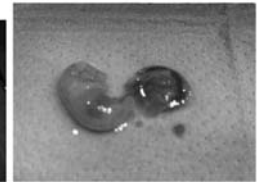
ヘアジェル
ゼラチン
肝臓 } を計測 → 解析
ねずみの胎児・羊水

スライド58

ラットを用いた動物実験



anatomy of rat



rat fetus (19.5 days)

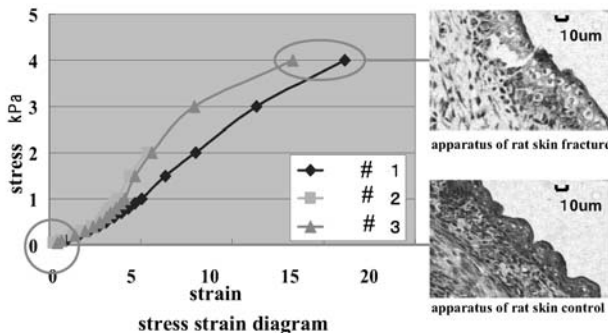
スライド59

れを使いながら検討していきます。

実際にラットの胎児を使って実験をしているのですが、スライド59にありますように、19.5日というのが組織上、非常に重要なファクターで、人間でいうとちょうど20週に相当する組織のでき方の状態なんだそうです。そして、これを実際に工学的なデータと突き合わせながら得ていくということにして、スライド60が3つの実験例を示したものです。横にぎゅっと引っばったときの変形を出しておりまして、引っばったときに組織から受ける力、これは後々ロボットでやったときに、使う皮膚を引っばって縫い合わせる必要がありますので、引っばった変形量と力の関係がどうなっているのかというデータです。

例えばこれでいいますと、実際に10

実験結果



スライド60

mm引っぱったときに3 kPa (キロパスカル) という力が観測されています。これが分かると、引っぱったときにここまでだったら壊れませんよ、というのをロボットが知っていますから、お医者さんがぐーっと引っぱっても、ロボットがこれ以上力を出しては駄目です、というかたちで知恵を出してくるわけです。今のロボットですと、お医者さんが引っぱったらそのまま、ぶちっとちぎれるまでずーっと引っぱってしまいます。ですので、ロボットのほうでこれ以上は駄目ですよ、と止めてくれるわけです。そういう状況がこれで把握できるわけです。

実際にこれをやってみますと、これが今15mmまで行ったとき、4 kPaという力が出ています。これはネズミの皮膚で実験をしたときの状況ですが、引っぱる前に対して、これは一部亀裂が入っていますけれども、こちらはいちばん表面でこちらは内部組織です。亀裂が入っているけれども、これだったら縫い合わせたあとちゃんと再生できるかどうかということが、これで見られるわけです。

ロボットにこうしたデータを与えておきますと、ぎゅっと引っぱっても、これ以上引っぱったらもう再生できません、ということまで行くと、ロボットの場合止まってくれる、ということができるようになります。

ロボット自身が今できていることは、こうしたデータを受け入れる頭は持っています。知恵は持っていませんが頭は持っているわけです。ですからこういう知恵をロボットに入れてあげることによって、先ほど言いましたように、例えば20週の赤ちゃんだったらこれくらいだ、というデータが出てきますので、背中を引っぱって皮を持ち上げて、縫い合わせるといときに、どこまで持ち上げて、こう縫ったらいいということが全部、情報として手の先に持っています。ここまで引っぱったら駄目だというのは、経験としてたぶんお医者さんは持っておられると思いますが、それをデータという形でこうして持てますので、ロボットはそのへんを自由に動ける。ですからお医者さんはそこを気にせずに、むしろ母体の状況はいいのか

CARS'03 INRIA FRANCE

Three-dimensional finite element modeling for soft tissues surgery Kidney (腎臓)

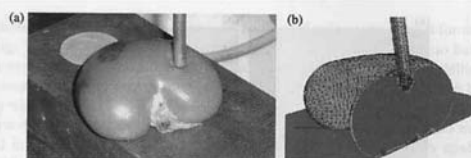


Fig. 2. Experimental (a) and computed (b) results of a lamb kidney indentation.

スライド61

な、ということに注目しながら、治療に専念できるわけです。

欧米でもすごく進んでいるということで、スライド61はフランスの例です。フランスは腎臓に対して実験をしています。これはヤギの腎臓です。こちらはコンピュータのモデルでおさえています。先ほど申しましたように、これはフランスの国立研究所の例ですが、実際のヤギの腎臓でやったものと、コンピュータのモデルでやったものがどれほど一致するのか、ということ、まだ非常に単純なモデルでやっているだけです。しかも先ほどご覧いただきましたバネで動くものと、ダッシュポットと言いました、速度に比例して固さが変わるものが必要なのですが、まだここではバネに相当するものだけのデータです。押したときの変形力というふうな形でおさえていますが、こういう形で、出始めております。

これを先ほどの da Vinci という手術ロボットに盛り込んだ形での実験がすでに始まっております。そうしますと、先ほどの3億円という値段も、どれくらいまでデータを盛り込めば、3億円でも安くなるのかということがこれからだんだん実証されてきて、人間がやったときに難しく、奥のほうで目に見えないところで作業するのに、今まで手先が分かっていた情報を、ロボットが全部分かってくれるような形で、手術ができるのか、ということに対する調整が、今、フランスで行われております。

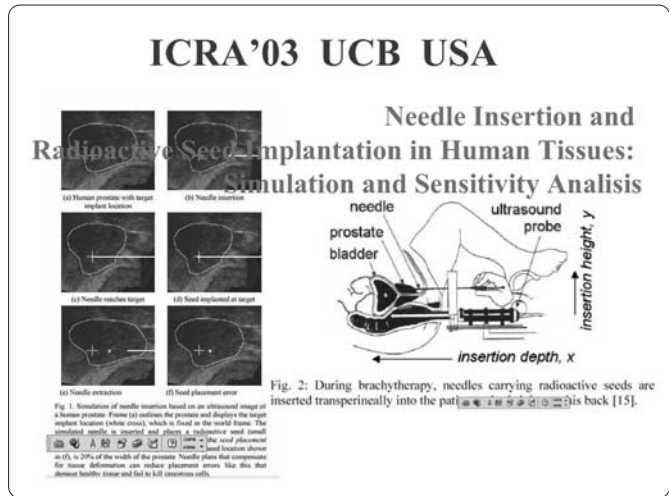
スライド62はまた別の例で、アメリカのUCバ

ークレーでやっている例です。これはやや古くて去年の例ですが、今年も一昨日（7月1日）までシカゴで学会をしております、私も行っていたのですが、そこで発表されている例です。これは前立腺です。前立腺に針を刺してがんを治療するというもので、針を刺しますと、ここにA, B, C, D, E, Fとありますが、前立腺が変形するわけです。やわらかいもので摩擦がありますから。今までは先生方が針を刺すときに、手の感覚でここまで行ったらいい、ここまで行ってはいかん、ということ判断していたのですが、これも針を刺したときの変形のデータを参照することで、所要の位置まで針が行ったか、近づいたかどうか判断することができます。今、実際にこうした実験を始めている段階のものであります。

研究発表として1つの成果が出ました、ということ発表されているものですが、これもやはりバネのプリプリ感ということだけで行われており、まだネチヨネチヨ感とかスベスベ感までは行っておりません。ですが、これもどんどんこういう形で使っていくことで、応用先が広がってくるだろうということで、アメリカとフランスの例が非常に顕著だったもので、ご紹介しました。

福祉ロボットについて

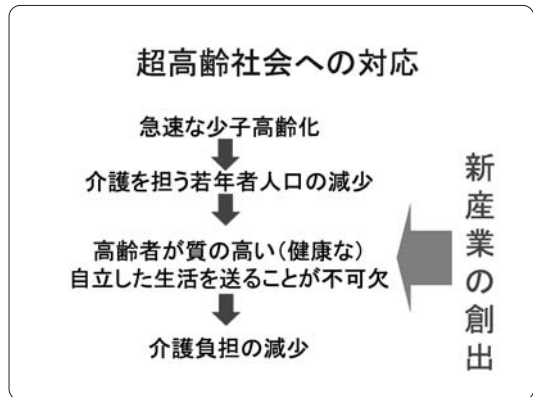
ここまでは手術のロボットをお話ししましたが、これからはもっとロボットの応用が広がったら、というお話になります。こちらも今回の学会のテーマに対応したかたちで、少子高齢化社会がこれからのポイントになりますし、高齢者の自立ということで、健康志向ということが大きなポイントになります。高齢者の預金がこれくらいある、ということがいろいろな調査で出てきています。国民医療費がここの額からこれくらいになるんじゃないか、ということが新聞などにも載っておりますが、70兆円というのは負担できそうにない、と



スライド62

思っております。こういうことで、我々のロボットのキーワードは、世間から求められているということと、もう1つは日本の産業に新しい分野を創設しないと生きていけないのではないかとということです（スライド63）。こういう2つの面から、こちらのほうとこちらのほうが合わさって、最終的にこういうことが展開できるように、もちろん治療をできるようにするためにロボットの研究開発をしているのですが、このような対処療法もこれから広がっていくだろうということです。

要するに、これからは寝たきりから高齢者の自立支援のため、ということがロボットのミッションに加わるだろうと考えています。看護支援ということで、今まで寝ている人を持ち上げるのに、



スライド63

腰を痛めるからとか、荷物のように扱われているのが嫌だからロボットにしてほしい、ということが随分ありました。しかしそうではなく、健康寿命を延ばすためにロボットを使いたい、というお話が増えてきております。

私自身は略歴にもありますが、ともかく寝たきりを何とかしたい、ということでリハビリ歩行支援ロボットをやってまいりました。その次の展開として、リハビリだけやっても面白くない、世の中の役に立たない、ということで、実際に歩き回れるような支援がしたい。こういうロボットまでは出てまいりました（スライド64・65）。

さらには、ただ部屋の中だけではなくて、外に出て歩きたいということでの外出支援、これは実はネットワークの関係もありまして、外出をする場合には健康状態の管理というものが非常に大事になってきます。そこで、これはインターネットと接続し、バイタルサインなどが取れるようになっているものです（スライド66）。

このへんまでは、今まで歩けない人をサポートする、パートナーのようなロボットでしたが、ここから少し変わってきておりまして、実際に家の中で行動することに対して、加齢に伴って障害などがなくても日に日に筋肉などが衰えてくるわけです。また、日によって体調も違います。そう

福祉ロボット

リハビリ支援



歩行支援



外出支援



生活支援



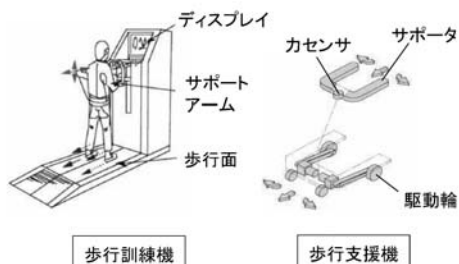
スライド64

いうことで、日常の家庭生活でその日の状況を、ロボットが「今日は調子がいいですね」、あるいは「調子が悪いですね」とか、「先月に比べて今月は体力が落ちている」というように判断して、それに応じてサポート力を変えてくれるというものです。そういうロボットもできてきておりまして、こちらが実際に現場で使われているものです。

具体的には、今までこういうことをやってきたうえで、外出支援が高齢者には社会参加の意味で絶対に不可欠なものになってきます。

こういうロボットは、今まで特にマスコミで「こういうことができるようになりました」というように非常にセンセーショナルに取り上げられますが、そうではなくて、これからはロボットと

歩行支援装置の制御



スライド65

屋内の歩行支援から 安全・安心な外出支援へ(社会参加)



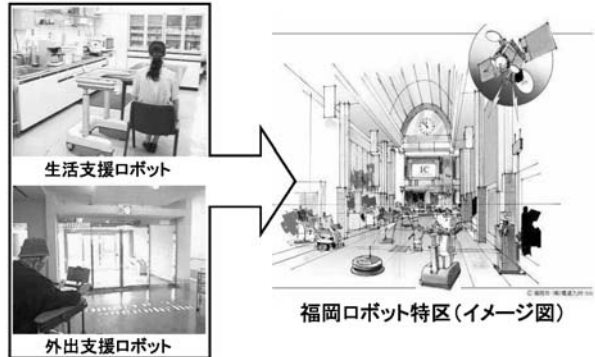
スライド66

お年寄りとの関係、あるいはお医者さんとの関係というように、人間との親和性というものを評価する必要があります。これは、福岡にロボット特区というものができまして、去年の12月から動きはじめました。上川端商店街というのがこれなんです、このなかで、ロボットとお年寄り、あるいは子どもたちがウロウロしている。このなかでロボットがどれだけちゃんとできるか、特にお年寄りがどういう行動をしたいからロボットはどう動けばいいのか、ということの研究はじめております。具体的にはある実験のなかである特定の人、お年寄りではなくて若い人を使いながら研究開発されていますが、実際にお年寄りがこういうことをやってもらったときにどうなんだ、実際のお年寄りの心理状態とか肉体状況を把握しながら、ロボットをどういうかたちでお年寄りをサポートさせるかを、こういう場を使いながら研究しております(スライド67)。

このへんも新聞で何度か載ったのですが、いずれも新しさばかりがセンセーショナルに報道されていて、実際の生活の場でどういうふうにロボットが活用され、人間の、お年寄りのどういう特性、腰の痛みや姿勢の変化、疲れとかいうものにロボットがどうサポートしていけばいいか、ということが大きな課題になっていることは、なかなか報道していただけてませんでした。このようなことがすでに始まっております。

海外でも、このようなロボットが出ておまして、かなりセンセーショナルであります。普通の車椅子が立って歩けます、階段なども動けます、といったものはマスコミが派手に宣伝してくれます。しかしこのときに、ロボットがどれだけ知恵を持っていて、お年寄りのどういうときにどんな

ロボットの社会的な受け入れ



スライド67

海外での近況(米国) iBOT



スライド68

サポートを展開しなければいけないか、ということが問題でして、これ(スライド68)は去年の8月19日にFDAが認可した機器です。ジョンソン&ジョンソンという会社が製造しているわけですが、こういうセンセーショナルなロボットも必要なのですが、特に日本の場合は日本人のお年寄りとの特性がなじまないと、ロボットがお年寄りをサポートできないわけです。そういうことにポイントを置いて、現在研究を進めています。

これにつきましては、お隣の韓国でもKISとKAESという2つの国立の研究所があります。ここで医療ロボットとシルバーロボットというもの

のプロジェクトが進行しております、おのおのプロジェクトで年間200億ウォン、20億円くらいの予算が動き始めております。医療のロボットと、先ほどお話ししましたこういうロボット全体に対して、人間とロボットが同じ土俵で同じように動けるようにするためにはどうしたらいいのか、というプロジェクトが動き始めています。これは日本ともかなり密接な連携を取りながら動いております。

まとめ、今後の課題

こういう研究をやるには、大学だけでやっているのは駄目で、世の中で使っていただくためにはやはり企業に実用化意欲を抱かせることが大事です。これがないと大学の研究もなかなかこれからは生きてこない状況にあります。

それに対しては、医学・工学が一緒になって新しい製品コンセプトというもの、こんなものというイメージづくりが非常に重要になってきます。これはやはり大学の仕事になってくるだろうと考えております。新しい世の中をつくろうということなので、これは国として役に立つというかたちで展開するために研究開発を広げていく必要があるということです。

この次が非常に重要です。今までお話ししてきたのはどこの大学とは具体的に申しあげませんでしたが、私どももいろいろな大学や医療スタッフの方と組ませていただきました。特につきあわせていただいているのは、「あれもやりたい、これもやりたいのでこうやってくれ」という熱意の高いところと組ませていただいております。そうしますと、我々としては厳しいフォローアップがあるわけですが、同時に非常に切実なニーズが聞けますので、こういうかたちがこれから非常に重要になってくるのではないかと考えています。最終的にはここまで持って行って、初めて税金をこれだけ使ったことへのお返しができるのではないかと考えております。

ここで問題なのは、今日はあまり触れませんでしたけれども、昨日もいろいろ議論があったと聞

いていますが、実はまだまだ解決しなければならない問題がたくさんございます。社会インフラとか社会制度、先ほどのロボット特区というのが始まったと申しあげましたが、ロボットが歩き回るにしても、道路交通法1つ取ってみましても、何もOKが出ないわけです。手術にしても、医療保険が適用されませんし、いわゆる物損があったときの保険もいっさいまだないわけです。こういうことをがっちり固めることが1つの課題になっています。

これについては、我々は今年の医療保険の改定にあたって、学会というかたちでいろいろな提言を厚労省へ出ささせていただいております。今度はサポートの制度が必要だということで、経産省にも出ささせていただきました。

それからこれらを現場で運用するとき、どこまでをロボットがやればいいのか、医者との境界線、種分けが非常に重要になってきます。何をすればいいのか、という指針が重要な角度で、これはエンジニアやメディカルだけでなく、社会制度全体のなかで考えなければなりません。

それから、医療で使われる場合、ロボットが患者さんの情報を全部知ってしまうわけです。そうしないとうまく動けないわけですが。そうすると情報管理の分野がものすごく重要になってきます。それに関して倫理の問題もあります。日本の文化がそういうことを受け入れるかどうかという問題もあります。

ある意味ではすべて情報をさらけ出すわけで、例えば自分の肝臓がこれくらいプリプリ感を持っているとかいうことまでロボットが知ってしまいますから、そうなりますと、先ほどの保険との兼ね合いもありますが、そういうことまで日本の文化として許容できるか、という問題があります。

しかし、すでに時代は加速して、どんどん新しいことが始まっています。しっかりこういったことを意識しながらこれからも研究開発を進めますし、ぜひとも医療の皆さまにもこうしたロボットを使っていただけるように展開していきたいと思い、お話しさせていただきました。

以上でございます。ありがとうございました。

座長 どうもありがとうございました。先ほど控え室で藤江先生とお話をしているときに、血液検査のオートアナライザーも広い意味でのロボットですかとうかがいましたら、ロボットです、とのお話でした。オートアナライザーが導入された最初は1台で10数億円もしたものが、現在では1,000万円くらいで買えるようになりました。ですからロボットも汎用化されてくるとコストが下がってくるでしょう。

それからご講演のなかのネバネバのところなど難しいところもいろいろございましたが、お話をうかがっているときに、冒頭に申しあげた原子物理学者の榊田博士の顔が浮かんでまいりました。「プロに任せなさい。工学部とか、化学者とか、数学者に任せたほうが進歩することもあるのですよ」、と言われて引き下がってきたことを思い出

しながら、藤江先生のお顔が榊田博士や『鉄腕アトム』のお茶の水博士と重なってまいりました。

藤江先生に良いロボットを作っていただいたら、我々はロボットも含めたチーム医療をきちんとやっていたかなければならないと思います。

高度先進医療も日進月歩です。先日、ロケットが火星の輪の写真を撮影したところ、輪の厚さはたった200mだった、ということが報道されましたが、よくこんなことまで分かったと思います。

これから5年、10年経つと、医療の分野でもこんなことまでできるようになったという時代が、先生方のお力で来るのではないかと考えております。

藤江先生、これからも素晴らしい手術ロボット、介護ロボットなどをぜひ開発していただきたいと祈っております。

本当にありがとうございました。

シンポジウム

中小病院の歩むべき道

～輝く病院づくりのために～

医療法人清翠会牧病院 理事長

牧 恭彦

総合川崎臨港病院 理事長

渡辺 嘉久

新潟県済生会三条病院 院長

品田 章二

座長：上飯田第二病院 名誉院長

福田 浩三

委員：医療法人財団織本病院 理事長・名誉院長

織本 正慶

委員：医療法人弘仁会板倉病院 理事長

梶原 優

座長 皆さまお早うございます。ただいまご紹介を賜りました、名古屋の上飯田第二病院の福田と申します。私の略歴はレジュメにございますが、長い間、急性期病院、および療養型、回復リハの病院長をしておりました。それで現在は名誉院長でございますが、私の担当は『中小病院の歩むべき道』という題で、本日これから、中小病院について皆さま方といろいろ考えてみたいと思います。

ただいまの医療情勢は、経済的に非常に厳しい時代です。日本の景気は少しばかり良くなっているのに、どうしてこれほど厳しいのか、これから

医療経済の景気も良くなるはずですけども、どうも私が見るに、からくりが良くない。だれがこんなに悪くしたのか、それを考えなければならないのですが、日本医師会、日本病院会、全日本病院協会をはじめ、いろいろな学会などでも討議され、もっと日本の病院を良くして国民の皆さまに良い医療を提供していただきたいと思う次第です。

本日はシンポジウムということで、昨年に引き続き牧先生、新たに品田先生、渡辺先生のお3方に、いろいろとご自分の病院の歴史とか理念、特色、経営の工夫などをお話しいたします。そのあとで、中小病院委員会全員が登壇いたしまして、いろいろな問題を討議し、またフロアの方からもぜひご質問・ご発言をいただいて、中小病院を良くすることを考えたいと思います。

中小病院と申しましても、200床未満、これは診療報酬でもそうですし、病院を考えると、いつ決まりましたか、いつの間にか200床が境になりました。

とりあえず私ども日本病院会の会員の数を見ますと、平成16年3月31日現在で200床未満は1,385、

中小病院とは……200床未満

● 日本病院会会員	@ 16・3・31 (@ 15・3・31)		
● 総 数	病院数	構成割合	
	2,710 (2,752)	100.0%	
20～100床	567 (567)	20.6%	
101～150床	398 (394)	14.7%	
151～200床	420 (433)	15.5%	
計	1,385 (1,394)	51.1%	

全体が2,710ですから51.1%でございます。中小病院以外、200床以上の大病院は48.9%ですから、日本病院会としても、中小病院の数のほうが多いということになります。昨年の3月31日の数値では、全体2,750のうち中小は1,394で、数はやや減っているものの割合は51%でほぼ変わらないということになります。というのは、日本病院会におきまして、大病院も併合とか倒産ということで数が減っています。しかし、日本の医療経済がこれほど厳しいなかにながら、驚くほどは減少していません。これは各病院の先生方が非常に尽力しておられる結果だと思います。

それでは、牧先生にご発言いただきたいと思えます。牧先生は、昭和63年に神戸大学医学部を卒業、その後、清翠会の理事長になられまして、現在は大変活発に、新しい病院をつくられまして、非常にユニークなお仕事をなさっております。そうした今までの工夫をお話いただきまして、またのちほど皆さまとディスカッションしたいと思います。では牧先生、よろしく願いいたします。

①新・牧病院の取り組み

牧 恭彦

お早うございます。大阪の牧病院の牧と申します。よろしく申し上げます。昨年はこちらで、まだ移転する前の古い病院のことで発表しましたけれども、実はこの4月に、新しく病院を移転新築いたしましたので、これからその経緯についてお話ししたいと思います。

スライド1は病院の場所ですが、大阪府の中心、大阪市の北東部で、ちょうどこの辺りになります。非常に高齢化の進んだ地域で、区内全体の人口10万人の約20%が高齢者です。病床としては565床ありますが、徐々に一般病院が減ってきて、療養型の病院が増えてきている地域です。近隣には高機能の病院もありますけれども、最近では高齢化に伴い、特別養護老人ホーム、あるいは老健施設が非常に増えてまいりました。

スライド2は法人の沿革ですが、昭和44年に先代、私の父親ですが牧安孝が開業しまして、平成4年に亡くなり、私が帰ってまいりました。その後、80床のうち30床を療養型にいたしまして、ケアミックスの体制を取り、いろいろな改革を進めてまいりました。介護保険のスタートに前後して、老健施設や訪問看護、そのほか介護事業をスタートさせております。その後、開放型病院であるとか、急性期加算というものを取りながらやってまいりまして、昨年の8月に病床区分の届け出がありましたときに、療養型の病床をすべて廃止いたしまして、一般病床に戻しました。そうしておいて、この4月に全床一般病床で移転しております。そこにあとでお話ししますデイケアセンター、あるいは健康増進施設といったものを付けております。来年にはまた別の場所でリハビリテーションの専門病院開設を予定しております。

こちら(スライド3)は施設の大体の概要ですけど、病院は一般80床で、入院基本料の2を算定しております。直近のデータで、大体平均在院

取り巻く環境

- 大阪市(2次医療圏) 人口 2,598,774人
 - 大阪市北東部 守口市に隣接
 - 旭区 99,231人 高齢化率 約20.2%
 - エリア内 7施設 計565床
 - ◆ 一般型 3施設 267床
 - ◆ 療養型 3施設 201床
 - ◆ ケアミックス 1施設 97床
 - ◆ 診療所 106施設
- 隣接地域の人口及び基幹病院
 - 守口市 153,176人 約12%
 - ◆ 関西医科大学病院 1,024床
 - ◆ 松下記念病院 359床
 - 都島区 97,253人 約15.2%
 - ◆ 大阪市立総合医療センター 1,063床
 - 城東区 157,936人 約16.6%
 - ◆ 大阪府済生会野江病院 400床
- 特別養護老人ホーム 6件 490床
- 老人保健施設 3件 261床



スライド1

日数が14.2日、稼働率が93.1%、単価が3万6,000円程度です。そして外来のほうが、土・日もやっておりますので、1日平均153人、単価が6,700円となっております。あとは老健、介護関係、グループホームのほうは定員27名で運用しています。

(スライド4) 厚生労働省の考えている医療機関の機能分化と連携ということになりますと、やはり急性期の病院はとにかく救急であるとか入院、専門外来を中心にやれということです。今後DPCも進んできますけれど、平均在院日数をどん

どん短縮して、今度できました亜急性期病棟などを通して在宅に返す、というようなことが求められています。そのほか、機能を持った療養型として、回復期リハビリ、特殊疾患療養などがございます。慢性期はもう介護保険でやりなさい、クリニックはプライマリケア外来、というようなことを考えられている気がします。

さて、地域のニーズがどういうことを考えてみましょう(スライド5)。患者さんにはそうした難しいことは分かりませんので、とにかく信

頼してきっちり診てくれる医療機関があったらいい、当たり前
の病気をきっちり治してほしい、救急でいざというときにきっちり診てもらえること、あとはインフォームドコンセント、よく話を聞いてくれて、何でも相談できる、あまり待たされない、そのほか、医療不信もあり代替医療ニーズなども出てきております。

しかし、現状はどうかといえます(スライド6)、大きい高機能病院の外来には患者さんがあふれ返って、待ち時間が非常に長い。病院の勤務医も、一般外来が多いためになかなか大変で、昼から回診、手術ということで、入院の医療の質が下がって、もちろん教育の体制も不十分なためにいろいろな事故が起こったりしているのではないかと思います。

また診療所で、プライマリケアをすべてまかないきれいかといえますと、やはり夜間休日のこと、いろいろな検査のことを含めて、それだけでは難しいと思います。そこで、そのような国の流れに沿いつつ、新しい地域医療のモデルということで、このたび新しい病院をオープンいたしました(スラ

沿革

	牧病院	牧老人保健施設	牧在宅ケアセンター
昭和44年2月	初代院長 牧安孝が大阪市旭区清水3丁目28番17号に牧病院(26床・個人)を開設		
昭和60年3月	増改築工事(80床に増床)		
平成4年12月	初代理事長・院長 牧安孝死去		
平成6年6月	療養型病床群(入院医療管理2群)30床承認		
平成7年6月	新看護体系2.5対1に移行届出・受理		
9月	院長 牧恭彦就任		
平成8年5月	MR I 導入		牧訪問看護ステーション開設
11月	医薬分業開始		
12月	理事長 牧恭彦就任	牧老人保健施設開設	
平成10年5月	(財)日本医療機能評価機構 一般病院A認定		
6月	外来 日・祝日診療開始		牧あぶらん(居宅介護支援事業者)指定
平成11年2月	外来 日・祝日診療開始		牧ヘルパーステーション指定
平成12年4月	介護保険スタート		
8月	開放型病院届出・受理		
12月	紹介患者加算(Ⅳ)、急性期病院加算(平均在院日数20日以内、紹介率30%以上)		
平成14年3月		ISO 9001認証取得	牧訪問看護ステーション「生江」開設
6月		まきグループホーム開設	牧ふくし用具開設
平成15年8月			ISO 9001認証取得
平成16年4月	療養型病床廃止し、全床一般病床 病院移転(大阪市旭区新森7丁目10番28号) デイケアセンター併設(定員40名)、 健康増進施設ウィング開設		
平成17年10月	リハビリ病院開設予定		

スライド2

医療法人 清翠会 施設概要

施設名	平成16年5月現在実績
牧病院 44.2開設 開放型病院(H12.85床 (平成15年度))	一般 80床(入院基本料2 10:1看補) 夜勤加算Ⅲ 平均在院日数 14.2 稼働率 93.1% 1日当り単価 35,398円
	外来 1日外来患者数 153名(365日稼働) 1日当り単価 6,726円
牧老人保健施設 H10.5開設 独立型	入所定員 70名 通所定員 50名 1日平均入所者数 65.6人(93.6%) 1日平均通所利用者数 33.9人(365日稼働)
牧訪問看護St.「清水」	8.5開設 月平均利用者 134人
牧訪問看護St.「生江」	H14.3開設 月平均利用者 76人
牧けあぶらん	居宅介護支援事業者 平成11年9月認可 367件/月
牧ヘルパーSt.	平成11年11月認可 月平均利用者数 110人
牧ふくし用具	平成14年3月認可 月平均利用者数 181人
まきグループホーム	平成15年6月開設 定員27名 現在入所者数 27名

スライド3

厚生労働省の方向性

- 医療機関の機能分化と連携
 - 急性期病院は救急、入院、専門外来を
 - ・ 平均在院日数の短縮
 - ・ 亜急性病床を経て在宅へ
 - 回復期リハ、特殊疾患療養病床
 - 慢性期は介護保険で
 - 診療所はプライマリケア外来機能

スライド 4



スライド 7

地域のニーズ

- 信頼でき安心安全なサービスを受けられる
- 普通の病気をきっちり治すこと
- いざという時の安心を期待
- インフォームドコンセント
(十分な説明と理解、選択と納得)
- よく話を聞いてくれる
- 気軽に相談できる
- 待たずに診察が受けられる
- 代替医療ニーズ

スライド 5

救命救急機能 (プチER) 医療の入口

- 24時間365日体制の1次&2次救急
- 当直医2人体制
- 整形外科医の24時間365日体制
- 日・祝日の午前外来
(整形外科・内科・外科予定)
- 「まずワンコールを」
→体制を整えお迎えします

スライド 8

現 状

- 大病院の外来があふれ、勤務医師が一般外来業務に忙殺され、入院医療の質が下がる。
- 診療所ではプライマリケアを担いきれない。

スライド 6

高度画像検査機能/総合診断機能 医療の入口

- 必要十分な診断機器/地域画像センター
(1.5最新鋭MRI、ヘリカルCT、内視鏡など)
- 内視鏡専門医による迅速で苦痛の少ない上下部内視鏡
- 放射線科医師による迅速診断、コンサルテーション
- 地域医療機関との連携

スライド 9

イド7)。その機能について、順番にお話しさせていただきます。

やはり病院である以上、救急は最小限必要なものです。高度な3次救急をするわけではないですけれども、非常にニーズの多い1次、2次救急をしっかり、365日受けつけるということで、当直医も1人だったのを2人に増やして、ここ(スライド8)にプチERとございますけれど、ERのミニ版ということで、とにかく断らない、ということにしております。もちろん日祝の午前中は外来を行って、救急搬送以外は、まず電話をもらった

らこちらで体制を整えて、お迎えするというようにしています。整形外科医が毎日いるということ、実は私も週に1回、当直しています。

スライド9は診断機能で、病院にとって大事なところですが、少々お金を張りこみまして、上等なMRIを買ったり、CTや内視鏡を整えて、地域の先生方や大学病院からご紹介をいただいて、放射線医が迅速に診断してお返す、ということをしてあります。おかげで、高額機器の共同利用

率も50%程度ございまして、紹介率の向上にも寄与しております。

手術のほうですけれども(スライド10)、私も整形外科医なのでやはり手術が好きです。麻酔科の常勤がおり、あと、近くの大学病院や高機能病院から手術の上手な先生をお呼びすることもありますけれど、かなりハイレベルな手術に対応できます。しかも最近流行の、できれば低侵襲の手術で行って、できるものは日帰りで行うようにしております。

こちらは、手術室がブラックボックスになるので、モニタリングで外の人に見てもらおうというのを、これはお金がかかるのでまだ準備中になっております。

そのほかに地域の開業医の先生で、開業をしたけれど腕におぼえがある、どうしても自分で手術がしたいという先生に来ていただいて、執刀して

いただくケースもあります。これは、非常にいいことではあるんですが、やはり事故とかトラブルが発生したときに、責任問題などでちょっと悩んだこともあります。

スライド11の写真は、人工関節の手術をやっているのですけれども、ちゃんとやろうと思うとクリーンルームで宇宙服をかぶってやらなければならないのですが、実はけっこうお金がかかるんですね。今、疾病別の原価計算ということで、手術の点数はいいですけど、その原価を考えたかどうか、というものを検証する必要があると思っています。

病棟は80床しかないということで、ここにプーチICUと書いてありますが(スライド12・13)、地域の急性期病棟というかたちで効率的に運用していくことが求められております。看護基準はまだ2.5:1(A)ですけれども、非常に忙しいので、現在は2:1(A)で準備中です。急性期入院加算を取って、いろいろな質向上の取り組みを行っ

手術機能(専門医機能)

医療の中身

- 常勤麻酔科医師(指導医)
- 充実したオペレーティングスタッフ(人工関節、脊椎、手)
- 消化器外科手術(小手術~消化器がん・腹腔鏡手術)
- 低侵襲手術
- 日帰り手術
- モニタリングシステム
- クリーンルーム(クラス1000)
- 地域の専門医への手術室開放

スライド10

入院治療機能(プーチICU)

医療の中身

- 2.5:1(A)看護(2:1へ移行準備中)
- 急性期入院加算(平均在院日数17日以内)
- クリニカルパス
- リスクマネージメント・感染予防・褥創予防
- ベッドサイドでの服薬指導、リハビリ

スライド12

クリーンルームでの手術風景



スライド11

入院治療機能(プーチICU)

医療の中身

- おいしい治療食(適温適時)/食堂あり
- チーム医療
- 開放型病床
- 地域専門医の往診
- 快適なアメニティ(8㎡、TV/冷蔵庫/ロッカー/無線LAN)
- プライバシーへの配慮

スライド13

ております。

それから開放型病棟です。紹介された先生に、患者さんを見に来ていただいているのですが、なかなか先生方も名札をきちんと付けず、私服でブラッと行ってしまう先生もおられますので、看護師さんも「何かどこかのオジさんが来ていますよ」ということで行ったら「いや、どこどこの大学教授だ」ということもありましたが、まあ、気軽に来られるということは非常にいいことだと思っています。

当院は整形外科、外科、内科という診療科目です。総合病院ではございません。しかし、高齢者の複合疾患などですと、やはり皮膚科であるとか、泌尿器科、婦人科のような専門的な診断が必要になることもあります。そういった場合には近隣の開業の専門医の先生に往診に来ていただくこともあります。これは病診連携にも役立っております。

4人部屋は1人当たり8㎡で、非常に快適になりました。個室もつくっているのですが、なかなか入っていただけません。個室の値段が少々高かったのかもしれませんが、個室の減免率が高いことが悩みです。

(スライド14) リハビリのほうは以前から熱心に行っているんですけども、やはり在院日数を短縮して早期に在宅期へ、となると、入院当時から、もう手術の前から病棟専従のケアスタッフが来て、きっちり評価してやっています。パスに沿って早期離床ということで進めております。リハビリ室でやっているADLと実際に本人がしているADLとは違うようですので、その差をなくし、在宅でもできるように頑張っております。

スライド15は病棟の廊下ですけれども、やはり廊下の幅が2.7mと広がったこともあって、病棟リハがやりやすくなりました。

(スライド16) それから、この5月から新しくできました亜急性期病棟というのを、1部屋だけつくってみました。初めはどうなるか分からないので、1つだけつくってみたのですが、やはり整形外科が多いので、術後の患者さん、あるいは手術

急性期リハビリテーション機能 医療の中身

- 超早期（発症時より開始）のリハビリテーションによる早期回復
- 理学療法Ⅱ、作業療法Ⅱ、言語聴覚療法Ⅱの施設基準
- 病棟専従のリハビリテーションスタッフ

スライド14

整形外科病棟・病棟リハビリ



スライド15

亜急性病床

- 女性4人部屋1室（5月より）
- 適応
 - 整形外科術後リハ患者
 - 整形外科安静、リハ目的患者
 - 脳梗塞急性期後患者
 - 施設入所待ち、在宅調整中患者
- 収支
 - 76万円の増収/月

スライド16

以外の目的の患者さん、また夏場になりますと脳梗塞が増えてきますので、点滴治療が終わった患者さん、家に帰れない老健、特養待ち、在宅調整に時間がかかるという患者さんなどに入ってもらっています。もちろん常に満床の状態、4ベッドだけでも純益で月75万円の増収になっています。これは今後の病院経営にとっては、非常にありがたい病床かな、と思います。今後もうちょっと増やしていこうかと考えております。

スライド17は、トリアージ機能といたしまして、NOと言わないで紹介、救急を受けつけておりますと、いろいろな患者さんが来られます。ただ、病院の機能には限りがありますので、これはうちでは無理です、というケースも多々ございます。その時に、知らないとは言わずに、「自分のところでは無理ですが、どこそこへ行ってください」ということを、病状別に迅速に転院していただけるシステムをつくっております。これも地域連携ということで、病状別の紹介リスト先を作成して、対応しております。

スライド18はコーディネート機能です。やはり高齢者の急性期の患者さんが多いため、なかなかスムーズに2週間で退院して帰っていただけません。その時に、もちろん開業医さんの紹介があれば、その医師と調整しながら在宅復帰してもらう。介護保険が必要であれば、ケアマネージャーと連絡を取りながら、退院後のケアプランを作ってスムーズに在宅に帰す、あるいは老健・特養への施設入所ということです。時間があればじっくりできるのですが、急性期の2週間のなかでやっついこうと思うと、かなり大変な状況です。亜

急性を使うともう少し時間的には楽かなと思います。

この患者情報室というのは、患者さんに自分の病気について知ってもらう、勉強してもらうためのものです。すべて自己責任でというわけでもありませんが、お互いに知識を高めてコミュニケーションを取って、ギャップを埋めていこうということでもあります。

この相談カウンターというのは（スライド19）、よろず相談窓口でして、なかなかお医者さんには言いづらいことがありますので、「何でも聞いてください」ということで行っております。もちろん、いろいろな苦情窓口でもありまして、我々医師の診察態度が悪いとかいう情報も、ここから入ってきます。こうした相談カウンターと、情報センターを設けております。

スライド20は、なぜ急性期病院にデイケア機能が必要なかと思われまますが、実は高齢者の方を早期に在宅に帰っていただくということになります。「帰ってもなかなか通院できません」、あるいは「もう少しリハビリしてほしい」という方がございますけれども、「いや、大丈夫です。ちゃ

トリアージ機能 医療の出口

- いざという時（当院専門外の病状で、高度かつ専門的な治療が必要な時）の的確なトリアージ能力&システム
- 高次急性期病院との連携（大学病院、市民病院、済生会など）
- 地域連携室

スライド17

情報コーナー



スライド19

コーディネート機能 医療の出口

- 地域連携室
- MSW 2名体制
- 患者情報室
- 相談カウンター

スライド18

デイケア機能 医療の出口 牧病院デイケアセンター

- 早期退院後の回復期・維持期のリハビリテーション
- 医療依存度の高い患者に対応

スライド20

デイケアでのバイキング



スライド21

予防医学機能
健康増進施設ウイング 医療の出口
健診ドック

- 生活習慣病予防&コントロール
- パワーリハビリテーション

スライド22

んと送迎付きの
デイケアできっ
ちりハビリを
フォローさせて
いただきます」
ということで、
早く帰ってもら
うためのもので
す。もちろん、
ほかの施設を紹
介するケースも
ありますが、病
院の場合は、医
療依存度の高い患者さんにも対応できるというこ
とで、デイホスピタルという概念で考えておりま
す。

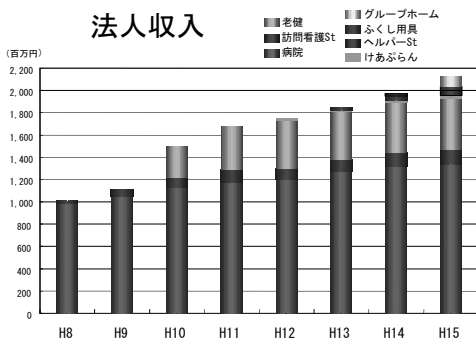
健康増進施設ウイング



スライド23

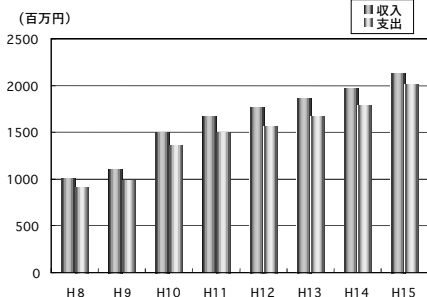
スライド21は、デイケアの風景ですけれども、
老健のデイケアと違って、リハビリを中心にやる
とっているんですけれども、やはり楽しみは食
事とお風呂ということで、このようなバイキング
などもやっております。

法人収入



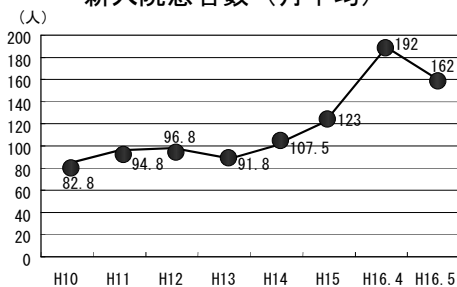
スライド24

法人収支



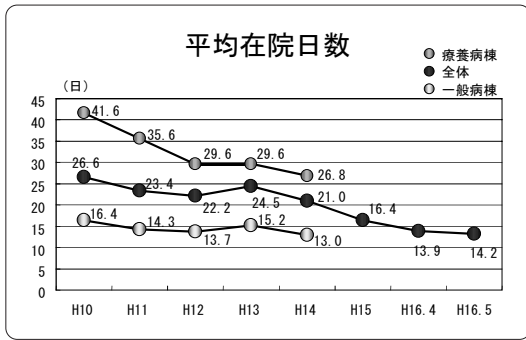
スライド25

新入院患者数 (月平均)

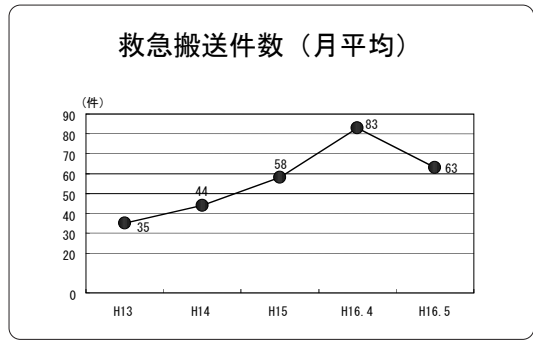


スライド26

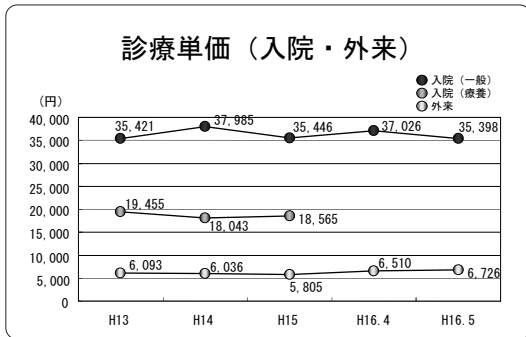
スライド22・23は新しい取り組みで、医療法第
42条にございます健康増進施設を開設いたしました。
これは生活習慣病の予防やコントロール、ある
いは高齢者の介護予防に役立てておりますけれ
ども、これは病院の中にあつて病院でない施設で
す。自費の世界でございます。有酸素運動のマシ
ーンと、ウエイトトレーニングのマシーンと、あ
とは鏡の前のストレッチエリアを設けて行つてお



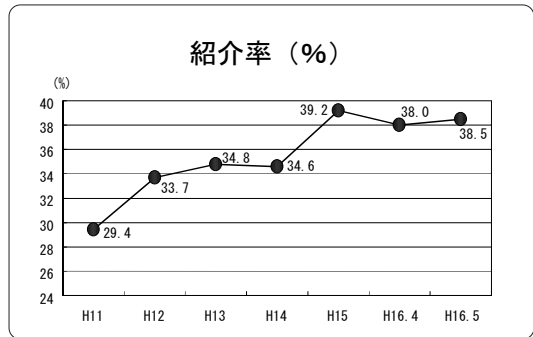
スライド27



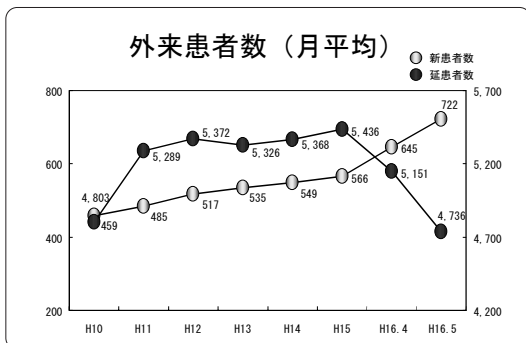
スライド30



スライド28



スライド31



スライド29



スライド32

ります。なかなか好評のようで、70、80歳のご高齢の方も汗を流しておられます。病院の中を見て回りますと、ここだけ病院ではないような、すがすがしい気分がします。

ここからはお金の話になりますが、ご覧のように(スライド24)、何とか右肩上がりです。病院、それに介護関係の収入が増えてきたということになります。収支も何とか黒字になっていますが(スライド25)、今回の引っ越しで費用がかかったり稼働率低下などがありまして、減益ですが一

応増収にはなっております。

スライド26は、旧病院と新しくなってからの月間新入院患者数のデータですが、以前は大体120人程度でしたが、今回、移転すると一気に190人に増えました。移転時、ベッド数をいったん10床くらいに減らしましたので、4月は一気に入って大変でしたけれども、何とか入院数が増えてきたということです。

(スライド27) 平均在院日数も、当初ケアミックスのときでしたけれども、平成15年8月に一般に

戻して、それでも何とか延ばさずに、大体2週間くらいになってきております。また亜急性が増えらるともう少し減るかと思えます。

次に診療単価ですが、スライド28はケアミックスのときですけれども、あまり変わりません。3万5,000円くらい。外来のほうはやや増えて6,700円くらいになっています。実は外来患者数なんです（スライド29）、「新しくなったら患者は2割増える」と聞いておまして、シミュレーションをして予算を組んでいたのですが、実際には、外来の延べ患者数は減りました。これにはいろいろ理由があるのですが、リハビリの外来患者もきちんと診察しなければいけませんし、PTの数も退職ですとか、デイケアやウイングへ移したということで、要するに通院リハの患者さんを減らして、高齢者の要介護の方はデイケアに行ってくださいということで、あえて患者さんを減らしました。その分、新患者数は増えたということです。本来の外来の流れはそうなのかな、と考えております。

（スライド30）救急も、もう少し増えてほしいのですが、今大体60～80件くらいです。

そういうことで新患者数も増え、紹介数や救急も増えたので、紹介率も何とか38%くらいをキープしております（スライド31）。

スライド32が新しい病院のスローガンマークです。「大きな安心をあなたへ everyday everything MAKI」ということをモットーに、これからもやっていくつもりであります。以上です。ご清聴ありがとうございました。

座長 ありがとうございました。大変若々しいユニークな発想で、いろいろなことをやっていたというご発表でございました。

次は渡辺先生です。渡辺先生は、総合川崎臨港病院の理事長でいらっしゃいまして、昭和42年に東京慈恵会医科大学をご卒業になり、同じように地域の方々と連携して非常にユニークな試みをされています。それでは、よろしくお願ひ申し上げます。

②地域・病・病連携

渡辺 嘉久

神奈川県川崎市からまいりました、総合川崎臨港病院の渡辺と申します。今、牧先生の若々しい、そしてアイデアに満ちたお話をうかがい、非常にうらやましく思っています。私のこれから話すことは、むしろ非常に現在の医療体制のなかで悩んでいる病院の1つ、ということでお話をさせていただきます。本日は大勢の方にいらしていただいておりますが、そのように悩んでいる病院の方もたぶんいらっしゃると思います。

医療提供体制の改革の基本的な方向性、というものについて先ほど厚生労働省からお話がありましたけれども、厚労省のビジョン案というものが平成15年の8月にすでに示されて、これに沿って医療改革を進めようというわけです。なかでも、総合規制改革会議で打ち出された株式会社の参入とか、混合診療の導入などが進められようとしています。今回の平成16年度の医療報酬改正の内容からも、今後の中小病院の経営戦略というものが明らかになったのではないかと思います。これからの中小病院の経営のあり方というものは、今までの延長線ではやっていけない、ここで新たな戦略を考えなければならない時代に入ったのではないかと思います。

このように今後悪化していくであろう、中小民間病院の経営に求められるものは何か、ということになるわけです。しかし、早急に対策を立てなさいといわれましてもなかなか良いアイデアが浮かんでまいりません。またそれをすぐに実行する勇氣も出てこないのが現状です。今日は、そういうなかで私たちが悩んでいることについて、少しでもお役に立てば、ということでお話をさせていただきます。

私たちの病院は、昭和26年、戦後の焼け野原だった川崎の南部地域に一般病院として開設いたしました。その後、昭和51年に総合病院に改修いた

しました。その後も医療制度の改革によりまして、現在は118床の急性期対応の病棟と、34床の療養型病棟を持つ「総合川崎臨港病院」、そしてここより500mくらい隣接した場所に療養型病床54床のみの「にじのまち病院」が併設しています。そして、それを取り囲むようにして、「りんこう訪問介護事業所」、これはケアプランの作成や介護相談を受ける居宅支援事業所、それからりんこう訪問介護ステーション、りんこうケアセンター、そして最近、デイサービスセンターというものを併設して、中小病院で行える医療体制をここでつくりあげました（スライド1）。

200床未満の病院の役割は、地域の住民の信頼と、身近な医療機関としての役割があります。最近では公的な大病院においても、在宅や福祉部門を展開する病院が増えてきました。そして、在宅や福祉部門は中小病院の役目、といわれておりま



スライド1

医療提供体制

- 200床以上と小病院の体系の明確化
- 急性期病院の体系の明確化
- DPCの導入方法
- 亜急性入院医療の取り組み
- 手術の施設基準

スライド2

したが、ここに民間企業の参入などがあり、この分野におきましても大変競争が激しくなってくるような感じがいたします。

したがって、今後の中小病院経営の環境の変化というものが、非常に重要になってくるのではないかと思います。とくに医療提供体制が明確になってきたわけですから、その明確な方針にしたがって病院の方針も立てていかなければなりません（スライド2）。200床以上の病院と、200床未満の病院の体系が、よりここで明確になったということをお我々はここで確認し、今後の方針を立てていかなければならないわけです。

急性期で頑張ってきた病院が、果たしてこれからそのまま急性期でやっていけるかどうか、それから従来、ケアミックスは、急性期と慢性期の比が1:1が良いのではないかと、といわれておりましたが、これからは1:2のほうが良いのではないかとということも考えておかなければいけないと思われま。私たちの病院も、118床と34床、それから54床の療養型となっており、1:1になっているわけですけれども、これをもう少し慢性型を増やしていかなければならないかとも思っています。今後は、介護保険の見直しによってはどうなるか分かりません。

次に急性期病院の体系の明確化です。すなわち、急性期病院になるための条件がはっきりと打ち出されたわけです。その条件に自分の病院が合うかどうか非常に重要なわけです。そういう組織にすることができるかどうか。簡単に言いますと、急性期入院加算が取れるような状態になっているかどうかということ、それから看護基準が2.5:1ということですが、先ほど牧先生も2:1にしたいとおっしゃっていましたが、やはり急性期を考えるためには2:1ということも考えておかなければなりません。そして、先ほども亜急性型の病床と紹介されましたけれども、ここにおきましては、看護基準が2.5:1、そして内容が看護師が70%ということになっていますので、たぶん今後の急性期医療の看護基準は2:1、そして看護師が70%ということになるものと思われま

す。この条件に対応できるような環境づくりが重要になってきます。

亜急性医療の取り組み、これも牧先生はまず4床で取り組んでみたということですが、確かに亜急性入院というものは、今後は中小病院にとって非常に必要なものであります。これが考えられたときにはたぶん亜急性期病棟は慢性型の病院に、あるいは中小病院のために考えられたものと思われていましたけれども、中身を見てみますと、そのハードルはなかなか厳しい内容になっているわけです。先ほど言いましたように、看護基準が2.5:1で、看護師が70%、そのほか、いろいろな条件がついていないと、亜急性の病棟にはすることができませんから、一概に点数がいいからといってここにすぐ取り込もうということも、実際にはなかなかできにくいということがあると思います。しかし、何とかこの亜急性期の加算が取れるような環境づくりをしなければなりません。ぜひとも、取っていききたいものだと考えております。

それから手術施設基準です。これも、ただ手術が多いということではなくて、先ほどの牧先生のような、最先端の手術体制ができるようになっていないといけません。ただ簡単な手術をやっていくような施設では、急性期と言えないということになってきますので、これも私たちの病院は、それほど高度な手術はやっておりませんので、今後どうするかということは、悩みの1つであります。より厳しい条件になってきたということです。

そこで、競争と選択ということを考えなければならなくなってきます(スライド3)。自院をとりまく環境の変化への適応ということになるわけです。私たちの病院の周囲、川崎市というのは縦に長く、北と南に分かれているのですけれども、ほとんどの医療機関が私たちのいる南側の地域にあります。川崎市には25の救急指定病院があるわけですが、そのうち15の病院が南側にあります。そして200床以上の大病院がたくさんある、という環境のなかで、自分の病院は今後どのような方針を立てればいいのかといった、ほかの地域とは違った地域性の問題が出てくるのではないかと

競争と選択

- 自院を取り巻く環境の変化の適応
- 経営の質と医療の質の確保
- 患者・地域の情報公開・開示
- アメニティ
- 有能な職員の確保
- 介護保険への対応強化
- 健康産業への対応

スライド3

思います。そういう環境のなかで、我々の病院は慢性型を取り入れたほうが生き残りとしていいのではないかと、とも考えています。しかし、今後の医療改革でどうなるか分かりません。

次に経営の質と医療の質の確保ということです。当然ですけれども医療の質がこれからは非常に大事になってくるのではないかと、思います。小さな病院だからこの程度でいいだろう、というわけにはいきません。大きな病院と同じ質を持っていないといけない、質の確保ということで、1つは日本病院機能評価の認定病院になっていなければいけないのではないかと、思います。

私たちの病院も5年前にいち早く機能評価を受けて認定をされました。そして今年、再試験を受け合格いたしました。再試験の内容が非常に厳しいものでしたので、それをクリアできるような高い質の医療でなければいけないと思います。ぜひ、質を確保するためには機能評価にチャレンジすることも重要だと思います。

次は患者・地域の情報開示についてです。これも国で求められているものですので、いろいろな情報公開活動、広報活動も必要になってきます。私たちの病院も、広報活動を少しやり始めたところです。

それからアメニティ、これがいちばん問題だろうと思うんですね。牧先生も新しい病院を建て替えたということですが、こういった良い条件のところはいいのですが、古い病院をそのまま使うとなると、非常にアメニティの問題がネックになってきます。私たちの病院も4年前に新しく

建て替えました。その時には一般病院のハードの面、廊下の幅やベッドの面積などはまだ公表されてい wasn't でしたけれども、いち早くそういった情報を得て、それに見合った建物にしましたので非常に救われました。患者の自己負担が増えるわけですから、アメニティが問題になってくると思います。

次に有能な職員の確保です。このような状況になって、会社の参入もありますが、私はこれからの病院の経営の質を考えると、事務職員に有能な人をそろえることが重要だと思います。従来どおりに有能なドクターを確保することは当然ですけれども、しかし、こういうことを言いますと怒られるかもしれませんが、医療人というのはなかなか社会性のない人種ですので、いかに社会性のある、医療経営の理解のあるスタッフをそろえるかということがこれからますます求められます。こういう学会に参加していただけるような積極性のある職員をそろえることも重要です。

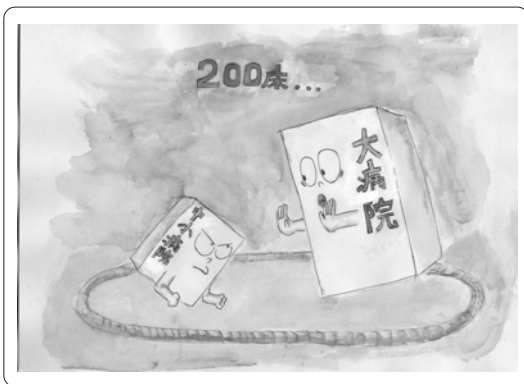
私たちの病院では今年から専門家に来ていただいて、人事考課というものを取り入れました。まず人事考課というものは、売上げをいくらあげたからという人事考課ではなくて、医療人としての素質があるかないかを評価することを第1にいたしました。

それから介護保険への対応強化。やはり医療だけでは中小病院はなかなか苦しいということで、これらを取りまく福祉部門、介護保険の分野にもこれからは積極的に対応を強化していかなければ

ならないと思います。私たちの病院も先ほどご紹介しましたように、それをとり囲む福祉関係も少しずつ強化しております。そのおかげで、経営は黒字になっています。

さらに、健康産業への対応ということも求められています。牧先生もいち早く取り入れられていて感心いたしました。やはりこれからは予防医学に取り組む必要があると思います。私たちの病院も、建物を少々アレンジして対応することを検討しております。そして、人間ドックや健康診断はもちろんですが、トータル的に健康を予防するという意味で、代替医療とか、アロマセラピーとか、音楽療法なども考えています。生活習慣病を予防するための取り組みもこれから重要になってきます。すでに、大きな病院でも生活習慣病センターというものがたち上がっております。これも大きな病院に負けてしまいそうな気もいたします。

それから、病院の法人には一般医療法人、特定医療法人、特別医療法人があります。特定医療法人は昭和39年4月から施行されまして、40年前に租税特別措置法で「公益の増収に著しく寄与し、かつ公的な運営がなされている」との条件を満たした場合に認められた法人です。これには税率をはじめとしていろいろな利点がありますが、時の流れとともに病院の事業をとりまく環境は激変し、その条件が合わなくなってきたわけです。そこで平成15年度に大幅に制度が改正されました。現在、全国で376病院が認定されていますが、10いくつかの病院がここにきて辞退したと聞いております。



スライド 4



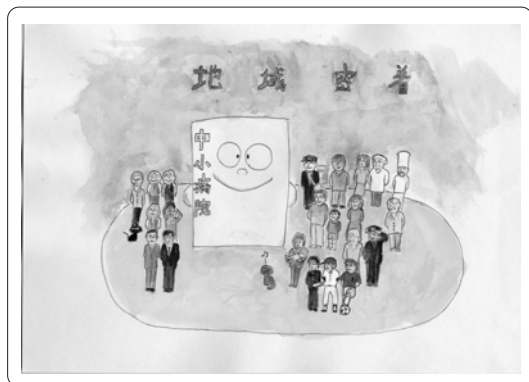
スライド 5

私たちの病院も、平成16年3月をもって辞退しました。今後、どの法人を選択するかということのを再考する機会だと思っています。

私も、多少変わり者でございまして、今日は漫画を描いてきましたので、漫画で示したいと思います。今日ご来場の皆さまのなかでどれくらい院長先生がいらっしゃるかどうかわかりませんが、院長がいちばん把握していなければならない問題だろうと思います。いつもいわれているように、今までは同じ土俵で大病院も中小病院も相撲を取っていたわけですが、200床未満の病院と200床以上の病院では、ここにきて明らかに機能が分けられたということを確認しなければならないと思います（スライド4）。川崎にも、川崎市立病院という大きな建物ができました。これを見た中小病院の院長は、「まいったなあ」という感じを持ってはいけなわけです。我々の役目は違うんだ、ということ認識しなければなりません。特に経営者にとっては重要だと思っています。

そういうわけで、いくら中小病院で急性期をやっている、なかなか大病院の機能には手が届かないということがあります。自分のところの役目をきちんとしていなければなりません。無理をして背伸びしなくてもいいのでは、と思います。中小病院だからといって、質が劣るわけではなく、むしろアットホームな雰囲気ですよ、といったメリットをアピールすべきだと思います（スライド5）。

次に、環境の変化として、私たちの病院の近く



スライド6

に大きなスーパーができました。したがって町の商店街は厳しくなってきました。町がさびれては病院もさびれる、ということになります。町づくりの一環として、住民と一緒に町づくりに取り組んでおります。地域密着というのは、医療の地域完結型ではなくて、地域のなかの機能の1つだということで町全体で生活が完結するように考えなければなりません。現在は月に1回、会合を持って進めております。病院としては、まず食材を地元の商店街から買うようにしました。このように地域連携というのは病診連携や病病連携だけではなく、町の人たちとの連携が必要だということで、進めております（スライド6）。

大病院と中小病院は、役目をきちっとわきまえて、今まで以上に密な連携をつくりあげることが必要だと思っています。以上です。ありがとうございました。

座長 渡辺先生、ありがとうございました。大変ユニークな経営で、いろいろ教えられることが多かったと存じます。

それでは、品田先生にご登壇願いたいと思います。品田先生は、新潟済生会の病院長でございまして、中小病院ではございませんでしたが、この前に199床に減床されまして、いろいろな新しい試みをされています。ご清聴をお願いします。

③病床数縮小，オーダーリングシステム，機能評価認定と病院の経営

品田 章二

ご紹介ありがとうございました。済生会三条病院の品田です。

(スライド1) 私が勤務する病院は、医療圏として新潟と長岡の間の巻・三条圏、その真ん中の三条市にあります。人口8万の三条市は燕市、加茂市、下田村、栄町、白根市に囲まれ、病院の東側は国道8号線、西側は上越新幹線が通っています。

(スライド2) 空から見ると、済生会三条病院のすぐ前に国道8号線が走っており、特別養護老人ホーム「長和園」と介護老人保健施設「ケアホーム三条」とは廊下つながりで、医療と福祉が円滑

に行なえる環境にあります。

(スライド3) 国道8号線沿いの病院の看板、新幹線からも見える「なでしこ」マーク、外来のロビー、アートギャラリーに愛用される外来棟の広い廊下です。

(スライド4) 関連する施設に、介護老人保健施設と特別養護老人ホームがあります。平成4年に自己資金19億円プラス借入金21億円を使って完成した233床の病院は、平成8年に訪問看護ステーションを併設し、在宅介護支援センター事業を委託され、新潟県の災害拠点病院に指定されました。

平成13年2月に病床数を233床から199床に縮小、同9月にオーダーリングシステムを稼動、平成15年4月に病院機能評価機構から一般病院種別Aの認定証を取得しました。

過去の10年は、経済の低成長期、少子高齢化、医療費削減の真っ只中でした。私はこの間の経営



スライド1



スライド3



スライド2

関連する施設（広い土地に医療と福祉が同居）

- ・ **済生会三条病院**（199床）
 - ・平成 4年4月：大野畑に移転統合（233床）
 - ・平成 8年1月：訪問看護ステーション併設
 - ・同 4月：在宅介護支援センター事業委託
 - ・同 11月：新潟県災害拠点病院の指定
- ・平成 13年2月：233床から199床へ
- ・同 9月：オーダーリングシステム稼動
- ・平成 15年4月：機能評価一般病院Aの認定
- ・ **介護老人保健施設「ケアホーム三条」**（100床）
 - ・平成 4年4月：大野畑に新設
- ・ **特別養護老人ホーム「長和園」**（100床）
 - ・昭和 54年8月：大野畑に新設

スライド4

状況と対応につきご紹介いたします。

(スライド5) 決算報告ではその年度の純利益が黒であったか、赤であったかが示され、病院の経営状況の指標とされます。

10年を横軸に図示しますと、黒が2年、赤が8年で、2勝8敗の成績でした。

平成10年度の赤字は三条市の中心部にあった旧病院の建物の取り壊しに約1億円を注ぎ込んだため、平成12年度の赤字は平成12年度診療報酬改正に対応して病床数を縮小すべき時期を延ばしたため、約1億円の損が出たもの、と考えます。

(スライド6) 各年度の純利益は損益計算書に示されます。収入の部から費用の部を引いた額がプラスかマイナスかで示され、経済音痴の院長でも分かります。

収入の部には医業収益、医業外収益が、費用の部には給与費、減価償却費、借金の支払利息が入

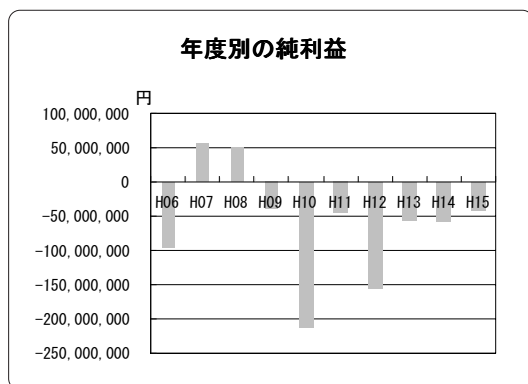
る一般医業外費用などがあります。

(スライド7) 職員に支払う給与費の医業収益に占める割合が給与費比率で、病院経営では50%以下が望ましいとされます。

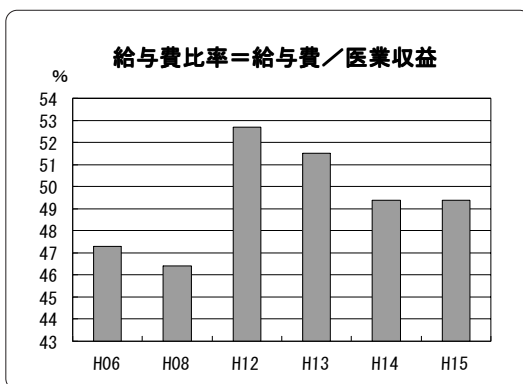
当院の給与費比率を平成6年と8年、12から15年を見ますと、純利益が黒であった平成8年では給与費比率は約46%でしたが、赤であった年度は47%以上、平成12年度は53%と特に高い値でした。

(スライド8) 決算報告で省略されやすく理解しにくいのが貸借対照表です。これに資産の部と負債および資本の部があります。

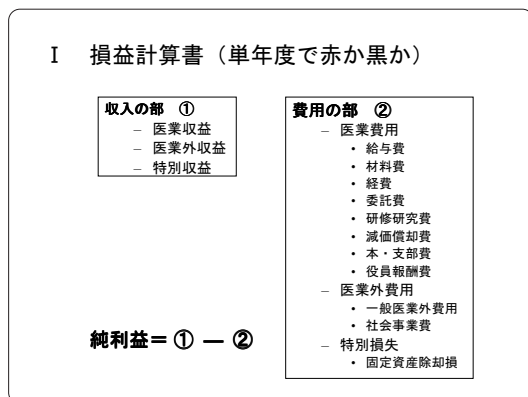
資産には主に流動と固定があり、負債の部にも流動と固定があります。長期借入金や退職引当金は固定負債に計上されます。資本の部には資本金、資本剰余金、利益剰余金があり、単年度赤字が続けば利益剰余金がマイナス付きの数字で示されます。



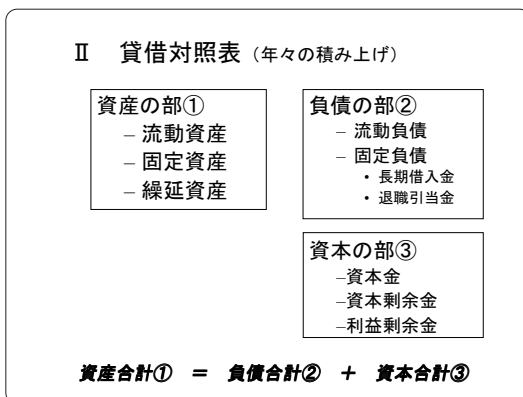
スライド5



スライド7



スライド6



スライド8

(スライド9) 貸借対照表から流動比率が算出されます。流動資産が流動負債よりどれくらい多いかをみる指標が流動比率であり、負債より倍、すなわち200%以上なら良好とされます。当院の流動比率は290%前後でした。

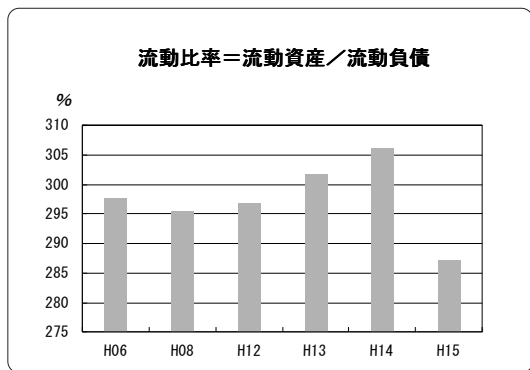
(スライド10) 自己資本比率という言葉をごのりよく耳にします。資本合計の資産合計に占める割合で30%以上が望ましいとされますが、当院は46%以上でした。

(スライド11) 損益計算書を平成6年、10年、15年で対比します。平成15年度の医業収益が低下していました。この対応には、新潟県職員の給与に関する臨時的削減処置にならない、職員給与のカットをお願いし、各年度の赤字幅の縮小を図りました。また支払利息額の節約のために借入金を一部繰り上げ償還したので一般医業外費用も少なくなっています。

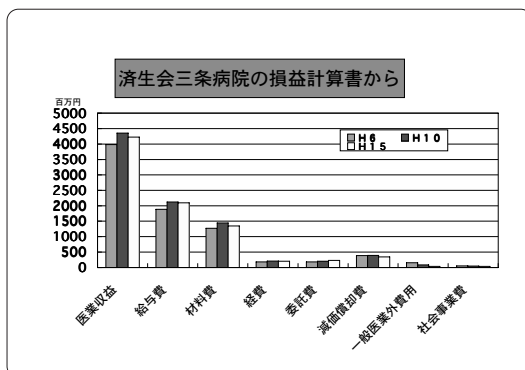
(スライド12) 貸借対照表を同じように比較します。固定資産が平成15年は46億円に低下しましたが、これは満期になった証券を長期借入金の返済にあてたもので、このため長期借入金も21億円が8億6,000万円までに少なくなっています。単年度赤が続いているので、利益剰余金では平成6年はマイナス4億円でしたが平成15年はマイナス9億円に増加しました。

(スライド13) 単年度会計を黒にするには医業収益を増加させるか、支出を抑えるかのどちらか、です。

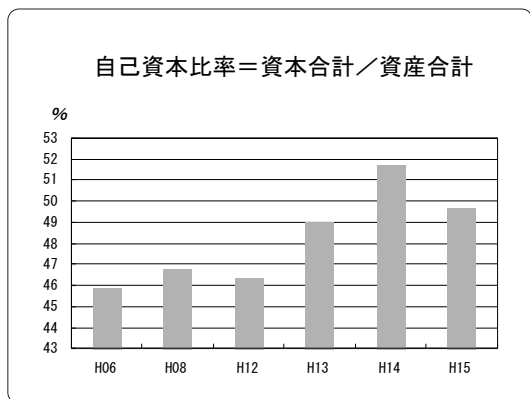
平成12年度の診療報酬改正は200床前後の病院にとっては大きな課題でした。すなわち200床以上の病院は大病院だから外来診察料、老人再診料と初診特定療養費しか取れない。他方200床未満の病院は中小病院であり、再診料、老人再診料、外来管理加算、老人外来管理加算、特定疾患療養



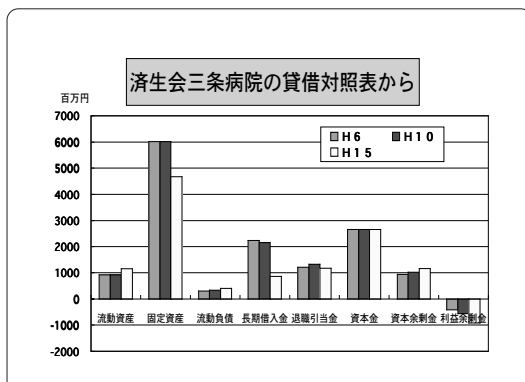
スライド9



スライド11



スライド10



スライド12

指導料，継続管理加算を請求できることになった，からです。

病床数縮小を決断した主な理由は，平成12年診療報酬の改正で200床以上の病院の外来再診料が廃止されて外来診療単価が目減りしたこと，付帯理由として常勤医師の開業により病床の空きが目立ったためでした。

(スライド14) ベッド数の縮小に伴い看護師，医療技師，事務，技能労務の合計12名を削減しました。削減には新規採用を控えることによってようやく達成できました。これには特に看護部の協力なしでは不可能であったと今でも感謝しています。

(スライド15) 過去10年間を外来患者さんの診

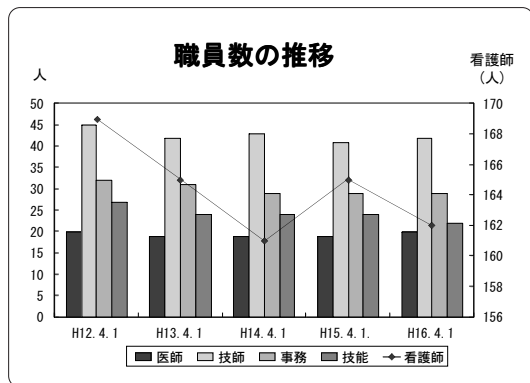
200床未満の外来診療料の置換え調べ (平成11年度の実績数からの試算)

項目	200床以上			200床未満			年間増収金額	
	点数	年間回数	年間金額	点数	年間回数	年間金額		
外来診療料	70	109,524	76,666,800				▲	
再診料				59	109,524	64,619,160		
老人再診料	70	38,912	27,238,400	59	38,912	22,958,080		
外来管理加算				52	89,939	46,768,280		
老人外来管理加算				47	31,900	14,993,000		
特定疾患療養指導料				87	72,000	62,640,000		
継続管理加算				5	45,000	2,250,000		
初診特定療養費	105	26,028	27,329,400					
合計			131,234,600			214,228,520		82,993,920

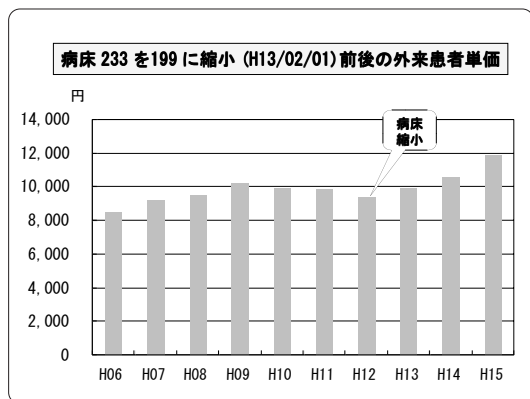
スライド13

療単価で比較しますと，病床数縮小が12年度の6分の5を過ぎた13年2月1日にしたため，平成12年度外来単価が極端に低下していることがわかります。

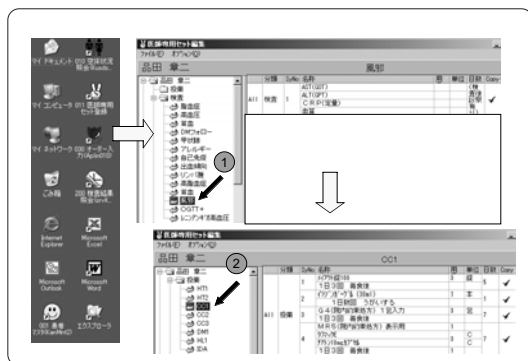
(スライド16) 病院には絶えず，施設整備が要求されます。オーダーリングシステムの導入もその流れに沿ったもので，約3年の準備期間を経て，平成13年9月から本稼動しました。通常の感冒では検査と処方もほぼ一定しますので，コンピュータのマウスを数回クリックするだけで，検査と処方の指示が飛びますので，患者さんへの対応が容易になります。医師のオーダー画面から定番の検査をクリック，次に処方をクリックするだけで用が足りるので覚えてしまうと，医師も楽になりました。



スライド14



スライド15



スライド16

男 64歳				
検査名	正常値	単位	H12/ 7/12-1	
からだの通信簿				
AGE 71				
GOT	5~ 38	IU/L	16	
GPT	3~ 42	IU/L	16	
LDH	120~ 230	IU/L	147	
r-GTP	0~ 60	IU/L		
T-CHO	120~ 230	mg/dl	169	
TG	35~ 160	mg/dl	138	
HDL-C	35~ 75	mg/dl	56	
BUN	8.0~20.0	mg/dl	19.1	
Cre	0.4~ 1.1	mg/dl	1.1	
CRP	0.00~0.30	mg/dl	0.06	
PSA-ACT	0.0~ 3.4	NG/ML		
WBC (x 100)	35~ 90	/μ l		

スライド17



スライド18

(スライド17) 検査成績をプリントし、あなたのからだの通信簿ですと言って渡すと、患者さんも安心するようです。IT機器の導入が勧められた時期に2億2,000万円を出資し、オーダーリングシステムを稼働させましたが、検査成績の照会や説明などに便利かつ有益で、診療の質や効率の向上に役立っています。

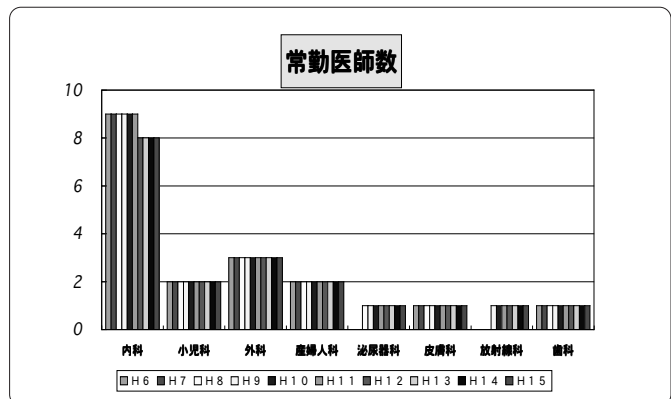
(スライド18) 平成13年度の機能評価バージョン3.1を受審し、平成15年4月に新潟県内では13番目、一般病院種別Aでは最初に認定証をもらいました。受審には院内のスタッフが一致協力し、合格を目指して書類整備にあたりました。このときの一体感は職員間にもよく浸透し、その後の業務に良い効果をもたらしています。このようにオーダーリングシステムの稼働および病院機能評価の認定は、当院職員の協力意識と就業意欲の向上に有益でした。

(スライド19) しかし病院機能評価からの回答では、医師充足の項はスコアが2で、充足率を80%以上にする方策の報告を迫られました。幸い、医師充足率の計算方式が変わり、くわえて平成15年4月から健保本人の3割負担が開始されて外来患者数が著しく減少したので、常勤医師数は変わらないのですが、

医師充足率(=計算式で算出)の推移

年度	現員人	端数切り上げた定員人(不足数)	端数素数の充足率	切り上げ定員の充足率%	端数素数の充足率%
06	21.8	28 (6.2)	27.66	77.85	78.81
07	20.9	29 (8.1)	28.48	72.06	73.38
08	21.8	31 (9.2)	30.34	70.32	71.84
09	22.1	31 (8.9)	30.36	71.29	72.79
10	21.9	30 (8.1)	29.31	73.00	74.71
11	21.9	31 (9.1)	30.18	70.64	72.56
12	21.2	30 (8.8)	29.42	70.66	72.05
13	21.2	28 (6.8)	27.55	75.71	76.95
14	21.2	27 (5.8)	26.85	78.51	78.95
15	21.585	26 (4.4)	25.288	83.02	85.36

スライド19



スライド20

85.36となり、一息ついています。

(スライド20) 当院の常勤医師数を過去10年間について示します。平成15年は内科8、小児科2、外科3、産婦人科2、泌尿器科1、皮膚科1、放

射線科1，歯科1の常勤医師が勤務しています。

平成6年には内科医は9人いたのですが，開業後の医師補充はできず，8名のままです。

これまでは新潟大学から熟練医師の赴任を待つばかりでした。今後も数年は医師派遣の減少が続きます。平成16年4月から医師の臨床研修必修が始まったのを機に，新潟大学医歯学総合病院の協力型臨床研修病院として手を挙げ，積極的に研修医を誘致し，若手医師が将来就職したい中小病院のモデル病院になろうと，体制づくりを始めています。

以上の経験から，中小病院のこれからの経営には，

- 臨床に熱心な医師を確保できるか
 - 現有の病床数に過不足はないか
 - 地域住民は病院に何を求めているか
 - 現有のスタッフと医療機器はニーズに対応できるか
 - 方針にスタッフの理解と協力が得られるか
- 等々をじっくり考え，方針の転換は遅滞なく，しかも円滑に行うことが大切と痛感しています。

座長 ありがとうございます。品田先生には，いろいろと財政面からの非常に詳しいご説明がございました。病院のほうも健全な経営になりつつあるようでございます。

時間がなくなってまいりましたが，もし言い残しがあれば，簡単にお話をお願いいたします。

品田 私どもの新潟県もそうですが，人口10万人当たりの医師の数が非常に少ないという問題があり，医師確保の障害になっています。今までは育った医師をただありがたく受けていたわけですが，大病院だけが医師を育てるのではなく，これからは積極的に手を挙げて，臨床研修医の実習病院としてもやっけていこうと考えているところです。実際今年，たった1人ですけども研修医が当院に来ることになっています。

④ 討 論

座長 ありがとうございます。それでは壇上に中小病院の委員の方もお上がりください。その間にブルーの冊子をご覧くださいませ。これは毎年発行していますが，シンポジウムの際に，今年は5病院の平均の値を職員数から在宅医療，入院収入，そのほかいろいろなデータを総合して，厚生年金の病院，済生会の病院，私的の病院というように分けてございます。最後にいちばん右のコラムにあなたの病院と書いて空欄にしておりますので，皆さま方の病院と比較していろいろなデータをご比較のうえ参考にさせていただきたいというつもりでございます。これをご利用くださることをお願い申し上げます。

それでは織本先生，ご用意なされたスライドでお願いいたします。

織本病院の場合

織本 スライド1はいわゆる年齢別に，検査項目を変えないといけないということを若い医局員を交えて検討してできたものですが，どうしてこんなものを作ったのかといいますと，肺がんの見落としが2，3例ありまして，その反省を契機として作ったものです。例えば60，70代の人 cameたら糖尿病とか腎臓病とか悪性腫瘍とか，そういうものに重点を置いてこれだけの検査をなさい，というものです。それでも1対1で患者さんを診ていると忘れてしまうこともあるので，こういうものを診療のとき画面に出して思い出してやるようにしています。

人間ドックにも使えるんですが，これを徹底するのに非常に時間がかかりました。余計なことかもしれませんが，私のように年を取ってくると，いつまで生きられるかとか，いつ果けるか，ということを考えて入れて検査をするということになるのですが，悪く言うと検査漬けという人もいますが，適用のない検査は一切しませんので検査漬けとは違うと思いますが，実は経営的にも医学上

にもこれはかなりプラスになりました。

次のスライド2は、各科別の赤字か黒字かというものですが、これがだんだん身についてきました、これは地下にある栄養科の図ですが、給食というものは150人以上入院患者がいないと、また職員がいっぱい食べてくれないと赤字になってしまいます。

スライド3は1階フロアですが、レントゲンは黒字です。これは、指示を出すとレントゲンの点数の2割は指示を出した科の売り上げになり、8割がレントゲン科の収入になります。これは、科別の原価計算を毎月やっていけば、3カ月ごとに科別収支が分かります。例えばこの月は、レントゲンはやっとなりりましたが、外来は全部赤です。薬局も赤です。それからリハビリも赤ですね。検査科は黒です。内視鏡も指示をたくさん出すドクターがいれば黒なんです、あまり出さないと赤になります。手術もこのときは赤だったんですが、だんだん黒になってきました。

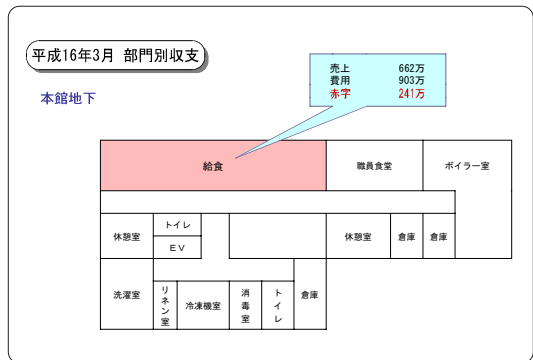
スライド4が2階で、結核病棟ですが、ここで結核を合併している透析もできます。内科もこの3月は赤字です。内科は赤字になったり黒字になったりします。自分の科が赤字の場合、どうして赤字なのかを部長や主任が考えるようにしています。黒字だと、どうして黒字になるのかということを考えることも必要です。それが経営につながってきます。

次は3階です(スライド5)。こちらは個室病棟ですが、差額が高いのであまり入る人がいません。ですから、大体赤字です。外科は黒字になりました。これは植物状態の方の病棟です。植物人

年齢別全身管理表

20代~30代	40代~50代	60代~70代	80代~90代
肺結核 糖尿病 腎臓病 脂肪肝 高血圧 胃潰瘍 感染症 (エイズ・性病)	肺結核 腎臓病 高尿酸血症 (成人病) (生活習慣病) 胆石 心臓病 高血圧 動脈硬化 悪性腫瘍 糖尿病 高脂血症	肺結核後遺症 糖尿病 腎臓病 悪性腫瘍 セネイ症 無症候脳梗塞 成人病(生活習慣病)	いつ迄 生きられるか いつほけるか
(必要に応じた検査)	X-P・心電図・UCG 血液・尿 GF(胃カメラ) CF(大腸カメラ) 腹部エコー 胸部CT 腹部CT 24h蓄尿 ホルターECG 腹部断層撮影(胆嚢) [乳腺エコー マンモグラフィー]	40~50代の検査に プラスして 頭部CT MRI(頭部) MRA(頸部) 総合肺機能 腹部断層 肺の断層撮影 (所見のある人)	脳・心臓・肺・ 腎臓・肝臓 (必要に応じた検査)

スライド1

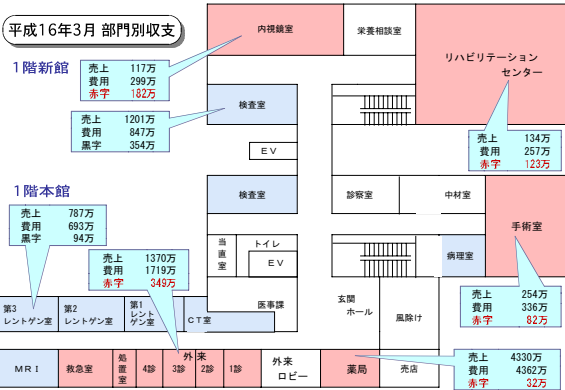


スライド2

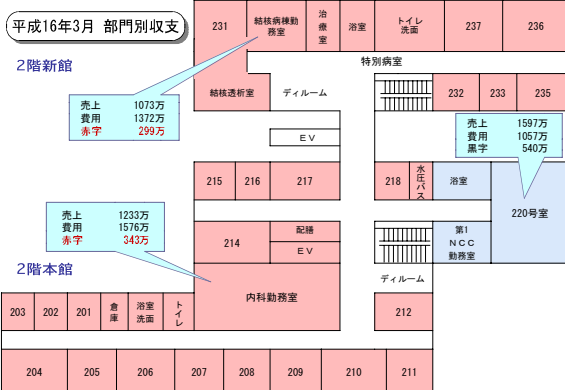
間だと言葉が悪いので、日本では遷延性意識障害といいますが、これは黒字なのです。

スライド6は4階。管理棟で、人工腎臓センターがあります。その人工腎臓センターは常時黒字です。それは保存期腎不全(まだ透析にはならない腎臓の悪い方)に対するゼミナールを毎月行っていることもあります、透析予備軍の確保でもあります。以上です。

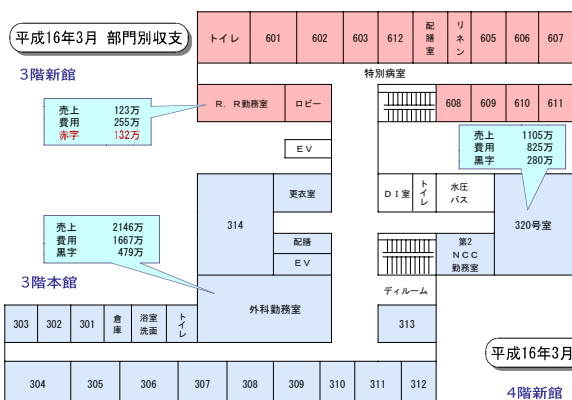
座長 ありがとうございます。織本病院は大変ユニークな病院でございます。ご承知の方も多いでしょうが、立派な演劇ホールがございまして、素晴らしい演劇を、織本先生が脚本も振りつけも



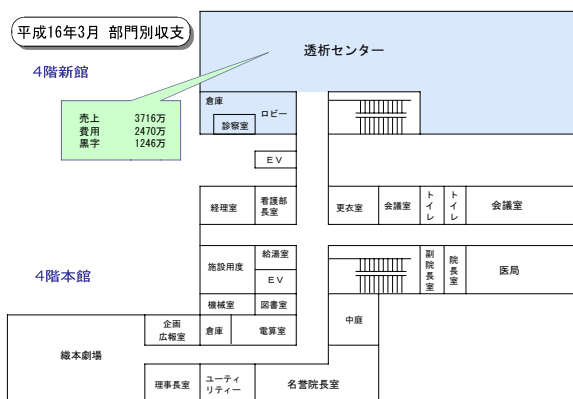
スライド 3



スライド 4



スライド 5



スライド 6

主演もなさいますし、かなりのお年ですけどもそうは見えないですね。

それでは梶原先生に、ご自由なご意見を中小病院についていただきたいと存じます。

医療法人弘仁会の目指すもの

梶原 私ども医療法人弘仁会が目指すもの、保健医療介護福祉のプラットフォーム構想というものを打ち出しています。15年ほど前からこのコンセプトでやってきております。基本的に、各病院、各施設に理念と目的がすべてあるわけですが、私どもの弘仁会の理念としては「安心して暮らせる町」(スライド1)。先ほど渡辺先生がおっしゃったように、中小病院、またはそのグループという

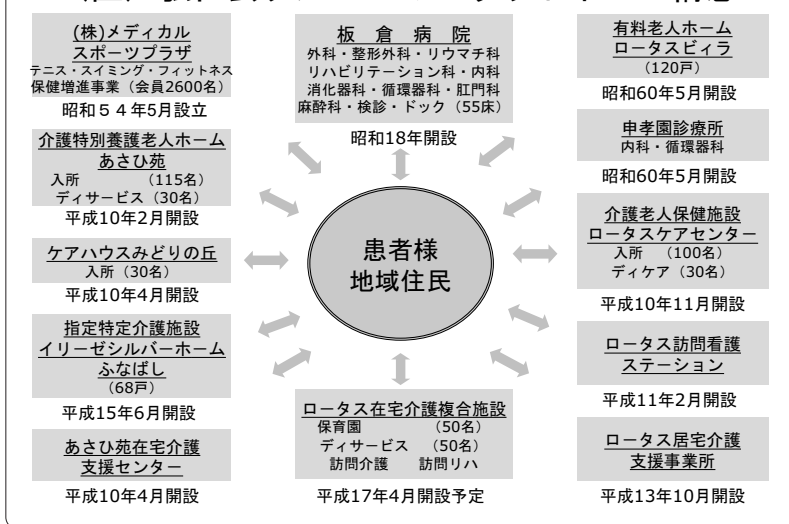
弘仁会の理念

～安心して暮らせる町に～

地域の方のセーフティネットとして、時代の変化に対応し、各施設と連携し、患者さんを中心とした健康増進・保健・医療・看護・介護・福祉・在宅のトータルヘルスケアを行うこと。

スライド1

(医) 弘仁会グループのプラットフォーム構想



スライド2

のは地域の社会資本であるということで、地域の方のセーフティネットとして時代の変化に対応し、各施設と連携し、患者さんを中心とした健康増進、保健、医療、看護、介護、福祉、在宅のトータルヘルスケアを行う。ここで大事なことは「時代の変化に対応し」、ということです。これが要するに今の社会保障構造の変化、医療法など、いろいろなものが変わっていくなかで、その変化を早く先取りして地域のなかによりきちんとしたプラットフォームをつくる。

スライド2は私どもがグループとしてやっている事業ですが、病院のほかには有料の老人ホーム、株式会社でメディカル・スポーツプラザという健康増進、青少年育成みたいなものもあります。特別養護老人ホームのほうで、特養、ケアハウス、指定特定介護施設、在宅介護支援センター居宅支援事業所、訪問看護など、さまざまなものを行っています。

特に来年の4月からオープンするのが在宅介護の複合施設というものです。これは実は今、社会保障審議会の介護保険部会で、施設に対する自己負担が相当重くなることが予測されます。特養や老健に入るほうが在宅にいるよりも安くつくとい

うことで、入所に対する要求が非常に高い。しかし、それでは各市町村都道府県の介護保険がもたない、ということで相当議論されていると思います。

施設負担の増加に伴い、今後は、在宅のみであるということがメインとなってきたときに、地域のなかで在宅介護サービスの供給と求められる質の良いさまざまなものがあるのかということで、早速私どもにない部分のサービスや訪問介護、訪問

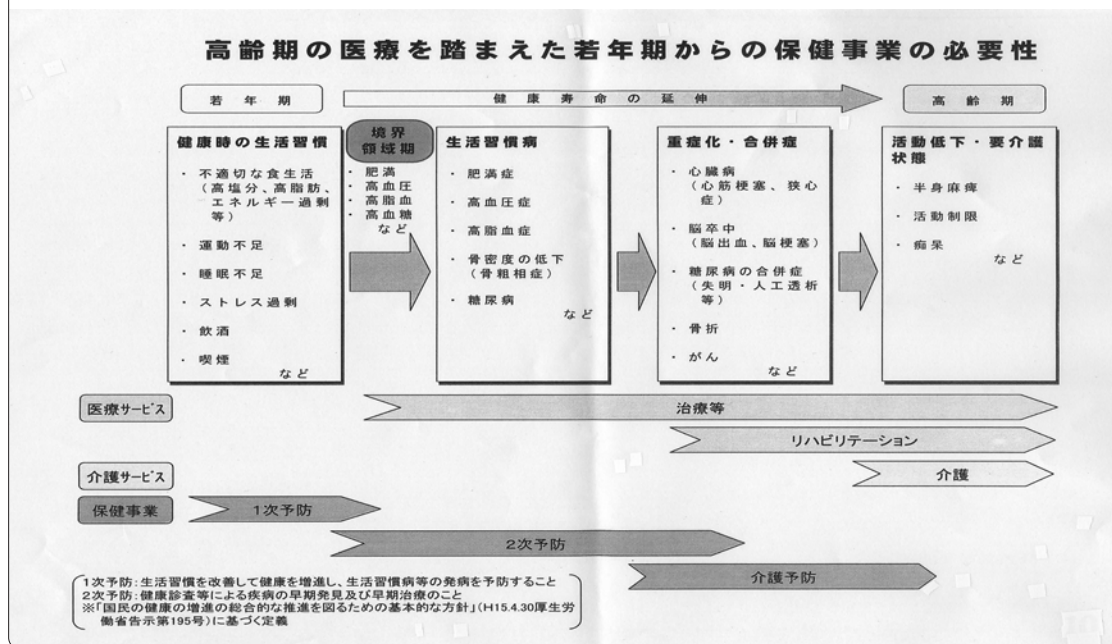
リハ。これ以外に平成16年3月31日に医療法人附帯事業の緩和があり、保育園をやってもいいことになりました。さらに在宅系の介護サービスは、医療法人はすべて規制緩和ということになりましたので、そういうものもこのなかに全部取り込んでいくということを現在考えております。

病院本体のほうは来年8月には電子カルテが入り、再来年には入院と外来を分離しようと思っています。これは門前診療所とかいうことではなくて、病院の本来あるべき姿、入院と外来というのは別物であろう、ということからです。先ほど牧先生もおっしゃっていましたが、大病院、中小病院ということではなくて、400床、500床の病院が平均在院率を半分に減らせれば、1,000床に増床したのと同じことですから、どこも病院そのものもたなくなります。ですからこれから4、5年先には、むしろ400床、500床の病院が療養環境を良くするという名目で減少して、いちばん採算点の効率のいいものを求めるのではないかと。逆に今

100床規模、または70、80床規模の病院が平均在院率を半分にすると、病床利用率を同じ率に保つということは、逆に倍に増床したということですから、そういう意味では全く考え方を切りかえないといけないだろうと思います。

スライド3は厚労省の地域住民の求めるサービスの変化という、最近出てきているものですが、高齢期の医療を踏まえた若年期からの保健事業の必要性というものです。これはこれからの地域における少子高齢社会、マーケティングの変化というなかで、非常に示唆に富んだ表だと思います。こういうものを踏まえて、医療サービスが、健康事業の前進のために治療というのは、医療サービスはこう変わる、介護サービスはこうなる、重症か合併症でリハビリテーションがある。晩年には介護がある。そこには保健事業として1次予防、2次予防、介護予防というのがある。これらを全体を踏まえたうえで、おのおの地域の医療圏のなかで自らのところが何をやるかということ

地域住民の求めるサービスの変化



スライド3

決定していく必要があると思います。ですから、各病院が同じことをやる必要もないし、自らが自分たちの足元を見つめて事業展開する。ただこれでいちばん大事なことは、決断することと変化を怖れないということ、トップとスタッフがよく認識することだと思います。

皆さんのところに、いくつかデータがありますが、マイナス4%というのが私たちの病院のデータです(スライド4)。なぜそうなったかというと、15年度の決算としては3.82%の経常利益を出していますが、保険の診療収入としてはマイナス4%になりました。それは診療報酬のマイナスの要因として、改定マイナス分が1.8。実は外来体制を、私どもは午前中だけにしまして、午後からは専門外来、すべて予約だけにしました。そのため外来の患者数の減少が大幅に起き2.2%くらいのマイナスになりました。それが増益になったのはどうしてかといいますと、基本的には減収増益だったのですが、人件費のあり方、これは皆さん

もおっしゃっていますが、スタッフの生産性というか、1人ひとりを評価して給与体系を変えました。当然、職員一丸となって売上原価の圧縮を行ったということで、結果として減収増益で終わったのです。

今後の方向として、先ほど渡辺さんもおっしゃっていたと思いますが、医療の質を大病院と関係なく、きちっと維持していく。牧先生のところも建て替えて頑張っておられましたけど、そのためには莫大な投資がいるわけですね。その投資を無理して借入れをたくさんやれば、今度はその前提にある病院経営の安定性というか、経営の質を担保して、医療の質も大病院と負けずにやるということは、それは二律背反することで、今の社会保障の診療報酬のなかでは大変なことです。そういうなかで私どもの病院としては、医療収入中の保険外収入をいかに伸ばすかということを課題にして、一応20%を目標にしています。今現在、16.8%で、これは特定療養費払いだとか、それ以外の健診事業、企業健診、人間ドック、さまざまなものがあるわけですが、そういう努力で総収入としてはプラスマイナスゼロということで、その分だけ経費を落としましたから、増益になったということです。

私は先ほど申しましたように、病院の入院機能と外来機能の分離を図る必要があると思っています(スライド5)。これは、外来の果たす役割というのは、先ほどの厚労省のスライドにあったと思いますが、生活習慣病、つまり肥満、高血圧、高脂血症、糖尿病などに対する管理、健康教育は外来がやるでしょうし、それがさらに重症化して、心臓病、脳卒中、そういう合併症が出てきたときに、これは入院機能でやらなければならない。ここに当然役割が違うということで、私はそう考えています。

医療費の50%が外来医療費で、50%が入院医療費という国は、日本だけです。7割が入院医療費、3割が外来医療費というのが外国の数字で、そういう意味では、病院に医療費が7割払われているということは、病院が外来医療費の2割分を取っ

医療法人弘仁会 板倉病院

平成15年度決算	3.82% (経常利益)
診療収入	マイナス4%
総収入	±0%
減収要因	診療報酬マイナス 改訂分マイナス1.8%
	外来体制変更分マイナス2.2%
増益要因	人件費圧縮 (給与体制見直し)
	売上げ原価圧縮
結果	減収増益
今後の方向として、医療収入中、保険外収入をいかに伸ばすが課題 目標20% 現在16.8%	

スライド4

入院機能・外来機能

病院は、入院機能・外来機能の分離をはかる必要あり

- ・ 外来機能の果たす役割り
- ・ 入院機能の果たす役割り

スライド5

ているということで、納得できるんですが、やはりそういうこともこれからは変わってくるんだろうと思います。

そういうことで、私どもは入院と外来を分離する。門前クリニックにするのかしないのか、これはよく問われることですが、まず、入院と外来の機能は違いますから、外来の機能をより質を高めて、例えばアメニティを良くする、待ち時間もなくすような努力をする。いろいろなかたちで満足度を高める。そのためにはスペースも要ります。どこの病院も分離しているところは、旧病院の外来部門を入院のところに、日帰りサージャリーや救急医療などいろいろなかたちで充実させて、外来を別につくっているというような動きがあります。

もし門前クリニックにするとしたら、これはこれから診療報酬体系のなかで、例えば200床以下の病院はかかりつけ機能があるといいながら、医療法のなかでは病院でありますから当然標欠になる。80%を満たさないということは、外来患者さんが40人増えると、常勤医師が1人要る。外来患者さんが30人増えたら看護師さんを1人増員しないと、医療法で外来の条件を満たさなくなる。また、初診料、再診療においても、クリニックとの間で、1物2価が存在する。これでは病院としても経営上、分離する方向にいくだろうと思います。ただこのことは指摘されておりますので、いずれは1物2価が改善されたり、またはその部分だけ医療法から200床以下はクリニックと同じように除外するようなかたちになるのか、そういう動きがあれば、門前クリニックという動きは消えるのではないかと思います。

ですからこれからの動きを注意する必要があると思いますが、そういう損得だけではなくて、病院の入院と外来の機能というのは、やはり分離の方向にいくのではないかと考えて、私どもではそういう準備を数年先にするというので、やっております。以上です。

座長 ありがとうございます。入院、外来分

離、これは大変な問題で、おやりになってる方もいらっしゃるんですが、あれは絶対にいけないと発言していらっしゃる方もあります。私どもも研究中ですが、なかなか踏み切れないというのが実情です。

まだほかにございますか。はいどうぞ。

織本 各科で機械を買ったり人を雇ったりする場合、例えば結核病棟で監視装置などを買うと、結核病棟で減価償却をします。人を雇うと各科の人員費が変わってきます。やはり黒字の科はわりと大きな顔をしてこういうのを買いたいと言ってきますが、赤字の科はやはり遠慮しますね。そういう経営感覚といえますか、そういうものを各科に持たせないと、経営としてはどうもうまくいかないと思います。

実は、私は若いころ本当に借金に苦しみました。福田先生がおっしゃいましたように、だんだん経営状態が改善して、織本ホールをつくりまして、そこでチャンバラ時代劇を毎年やっていますが、今年で33年になります。また人工腎臓がなかなか盛んで、それがかなりの収入源になります。織本ホールでは、月に1回、保存期腎不全の方のために、腎疾患ゼミナール、あるいは健康教室とかコーラスとか、そんなこともやっております。

座長 それでは佐藤先生に、これまでの議論を深めるために何か一言お願いします。

経営の工夫について

佐藤 大阪の佐藤病院の佐藤でございます。120床の急性期病院を目指す病院を経営しております。今お聞きしております、診療報酬をはじめ、医療情勢は一般に中小病院に非常に厳しくなっております。そのなかで唯一ともいえるべき救いは亜急性期入院管理料の新設ではないかと思えます。牧先生が亜急性期病床を採用して、増収されたということでございます。私の病院は平均在院日数が年間で14日、病床利用率は98.8%で、ギシギシに病棟が詰まっています。しかし、念のために亜急性期に該当する人はいないかと思って調べてみましたら、15%ございました。病棟がそれだ

け詰まっておりますと、病床の運転が大変でございますので、亜急性期入院管理料を選択するのは、実際には難しいですけれども、しかし、もしそれほど病床が詰まっておられないところでしたら、亜急性期病棟の運用ということはずいぶん、考えてみられるべきではないかと思っております。これには2.5:1看護以上、それから6.4㎡以上という制限がございますが、部屋のほうはもし患者さんの入りが悪ければ、6人部屋を4人部屋にするとか、いろいろな工夫をしてもう少しこれを活かしていけたらどうかと思う次第です。

それから牧先生が、この非常に厳しい時期に思い切って病院を新設されて、しかも1室8㎡以上とされました。実は私の病院も2年前に建て替えまして、やはり各室最低でも8㎡以上、そして大部屋にもトイレ、洗面、冷蔵庫など全部付け、各看護単位にはお風呂場なども付けました。それは国民の皆さんがもっとアメニティの高い、質の良い医療ということをおっしゃいますので始めてみましたが、2年間経ちましたけれども、毎年医業収支が10%の赤になっております。国民の声に耳を傾けるのもほどほどにしないとえらい目に会うということですね。牧先生、その辺の苦しみはどうですか。

牧 実は、佐藤病院さんを参考にさせてもらいながら、我々も新築移転したのですが、とにかくスライドではけっこうきれいに見えていましたが、実はあれでも抑えるところはかなり抑えていまして、できるだけ低い単価でということと、医療機械などはできるだけ現状のものを持って行きました。病院が新しいから、機械も机も当然新しくなると職員は思ったのですが、いやそれは建物だけですと。使えるものは使えということで、たぶん買ったのはMRIだけではなかったでしょうか。あとはベッドも使えるものは使うということで、極力抑えました。確におっしゃるとおり、同じベッド数でやって、外来患者もご覧のとおり増えていません。人員も増え、経費も増えているということで、かなり利益率は減っています。ただ借地で移転しましたので、初期投資が少し助か

ったというのと、減価償却が大きいということで、キャッシュは何とか回るというのが現状ですが、占床率が、分岐点がかかなり上がっていますので、90%を切ることがあれば赤字ということで、緊張感がある毎日を過ごしております。

座長 ほかにありますか。はい、どうぞ。

佐藤 牧先生のところでは、パワーリハビリテーションをやっておられるということで、これは介護予防の見地から、国がこれから取り上げていく方向だと思います。しかしそれには500、600万円の機械が要りまして、人もそこに2人くらいつけなきゃならないということがございます。これは、点数は今のところついていませんが、牧先生のところで、有料でおやりになっていると聞きましたが、それは大丈夫ですか。

牧 うちの医療法42条施設で自費でやっていいということで、月会費2,000円、1回500円ということをやっております。

佐藤 病院内でやってよろしいということですか。

牧 病院の中ですけど、そこは病院の中ではないと。ただまあ正面玄関廊下は共有してもいいであろうということで、認めていただいているということです。

佐藤 ありがとうございます。大変良いお話を聞かせていただきました。

外来分離について

座長 石井先生。先ほどの外来分離は、今、上手におやりになっていらっしゃいますか。

石井 川崎幸病院の石井です。外来分離は比較的早かったものですから、全国から見学に来られたのが100以上ありまして、よく外来分離、門前が良いとか悪いとか、または経営的にどうかという質問を受けるのですが、実は我々が計画したのはああいっただ点数が変わるずっと前ですし、それから急性期特定とか、そういう制度が決まるずっと前から計画していたものですから、そういう質問にはどうお答えしていいか悩んでいます。

我々の病院は、最初は210床でやっております

た。ただどんどん治療診療部門が大きくなっていくために、それに取られていく。それから外に出せるものは、例えば通院透析施設は外に分離するとか、調剤部門は分離するとか追い出していったのですが、どうしても病院の中に置かなければならない、治療診療機能というのは年々大きくなっていきました。我々がつくった当時はMRIなんていうのは、まだ民間病院に入ると思ってなかった時代です。そうなってくるとベッドが210床ではやれないというので、途中で203床にして、それでも実質的には160入るかどうかという状態でした。機能の充実を図るため、何とかしなければということで、基準のICUにし空調なども特注にして、結局ICUを移してICUのあったところを一般病棟にして、203床を使えるようにすることを最大の狙いとして、外来を全部使ってそこにICUと救急室のホールディングを3床くらいつくりました。我々のやっている病院機能上、どうしても中核的に病院がやらなければいけないというものをどう満たしていくかということを中心にして、外来が出て行ったのです。

そういう点では、梶原先生が先ほどお話しされたとおりでと思います。どこでも、外来分離して残りの使い道をそれから考えるということであれば、外来分離というのはあまり考えないほうがいいと思います。病院が必要なことをやるということを中心していかないと、制度変更でいつ足をすくわれるか分かりませんので、制度にとらわれてはいけません。200床を基準にして病床数を考えない、あるいは203床をむしろ守ると思ったのは、199床にすれば明らかにそのときは得になるのですが、そんなことをすると今度はどこでどんでん返しを食うか分からないので、厚労省のやることはとにかく信用しないという一点張りで、203を維持しようと思ったわけです。

ただ、分離してみますと、これも梶原先生がおっしゃったように、明らかに外来は外来機能としてどれだけアメニティも含めて、診療の待ち時間とかいった点について、もういちど白紙から考えられますから、その点は良いです。確かにそのか

わり費用もかかります。お金ということ言ったら、それでプラマイゼロだと思います。

やはり病院は外来がないと静かです。これはむしろ機能的に分離してはじめて入院機能と外来機能の違いということ、頭だけでなく実感しました。そのために実は狭山のほうの病院も、これは288床ですが、外来分離しました。川崎のほうも門前というには少し離れていますけれど、今度も少し離れています。ここも分離して、外来については余裕もあったので、アメニティとかいろいろなシステムはよくできたと思っています。各病院、制度とかそういうことよりも、その機能、自分のところでは何をこれからしなければならぬかということを中心にして、それをやったうえでそれほど勘定をあとではじめてみて、何とかやれるように工夫するというように考えるべきではないかと思っております。

まとめ

座長 ありがとうございます。外来分離について大変参考になりました。それでは時間も迫りましたので、まとめをさせていただきます。

■回復期リハビリテーション病棟

私が現在おりますのは、90床の回復期リハ病棟でございます。これは大変に楽な病院といつては悪いのですが、今度の診療報酬改定でも、厚労省は下げませんでした。前は20点下げたんです。なぜ20点下げるか分からないんですけど、儲かると下げるというのが当たり前のように考えられている。

中小病院の問題点は？

- 一般病床削減の対象は200床未満病院
- 急性期加算取得のための紹介率維持
- 入院診療に専門領域の確立
- 療養病床にも回復リハ・特殊疾患など導入
- 在院日数短縮と病床稼働高率維持
- 優秀な人材の確保と育成

スライドA

さて、この回復期リハ病棟というのは、ご承知のようにいろいろハードルが高いといわれている。専従の医師が1名以上、PTが2名以上、OTは1名以上、総合リハビリテーション、または理学・作業療法（Ⅱ）の届け出が必要。リハビリスタッフを数多く置く必要があって、そこに投資する必要がございます。実はSTをグレードアップするために、第二病院の食堂を提供して、食堂のあった4階を全部STにまわりましたので、職員は全部第一病院と同じく大きな食堂へ歩いていかなければならないということが始まりました。けれども、それは必要な悩みだろうと私は思います。逆にコミュニケーションが良くなりました。

それから面積が決められております。6.4㎡以上。私どもは将来を見越して8㎡以上あります。特別室などは10数㎡以上あります。それから、患者さまの利用に適した浴室または便所。廊下幅も広い。非常に快適で悪臭もしないという感じで、良い環境につくりますと、患者さまが満床を占めるということがございます。看護配置は3:1。正看比率4割以上。これも変わりませんでした。

■病床削減

本日いろいろ論議していただいたのは、中小病院の問題点はいったい何であるか。厚労省の診療報酬改定とかいろいろなお話を総合してみても、やはり病床を減らす対象は200床未満という感じですね。そう言いながらも、大病院が合併や身売りをしたり、いろいろございますが、とにかく対象としては200床未満である。いちばん最初にお見せいたしましたように、200床未満と申しても、意外に1年間でパーセンテージは減ってなかったんですね。おしなべて病床が少なくなってきたということがございます。

■紹介率

次は、いろいろ先ほどのお話のなかにもございました、とにかく紹介率というのが点数のアップには必要なわけです。最初は急性期加算でやるから、30%というものは維持しなくてはいけない。紹介率30%に到達するまでに、大変な努力が要るということがございます。そのためにはあらゆる

手をつくさなければいけないので、逆紹介も必要です。周囲のいろいろな医療機関と連携を取ることがいちばん大事です。

■入院医療の専門特化

それから入院医療、例えば病床数が満床を維持したいとか、いろいろな意味で入退院を活発にしたいといっても、これからは病床が過剰ですから、諸先生が申されたようにご自分の専門領域というものははっきりして、それを確立したほうがいいですね。昔のように総合病院的にやって、何でも治るよと言ったって、患者さまも皆インターネットで調べて、そこには名医がいる、立派な専門医がいるということは知っていますから、専門領域を確立するという事は、増患の1つの工夫でございます。

療養病床でも同様に、病床を漫然と置いてそこに患者さまを入れていても、いつかは空床が目立つようになってくるのではないかと思います。特殊疾患・緩和ケアとか、先ほども申しました回復リハというのは、はっきりした目的がございます。

いつもいわれますように、在院日数を短縮してしかも病床の稼働効率を維持する。これは当たり前のごことでありながら、大変に難しいことでございます。

それから何度も演者の方も申されましたけれども、コメディカルにも、ドクターはもちろんでございますが、非常に優秀な人材の確保、それと育成ですね。立派な病院になればなるほど、ドクターも集まるし看護師も集まるという現象は絶対に起こります。

生き残り経営戦略

- 院長以下全職員が和の精神を堅持
- 病院の理念を周知徹底 掲示
- 地域住民に愛され親しまれること
- 医師会、診療所との連携を良くする
- 外来は少なくして逆紹介も
- 救急は絶対断らない

スライドB

■生き残り経営戦略

次に、生き残りというのは変な表現ですが、経営がうまくいくためにはどんなことをしたらいいかということ。これは私はほうぼうで叫んでおりますので、また出してみたいと思うのですが、とにかく院長以下、全職員が和の精神を堅持する。「和」が大事です。職員が暇になると人の悪口を言っているとか、ボーナスが安かったとか低かったとか、そんな話ばかりしていると、先行き不安ですね。

それから病院の理念を周知徹底揭示せよ。これは病院の機能評価みたいなことを言って申しわけないのですが、理念というものはあるんです。あるんですが、これが全員に徹底しているかどうか。

それから地域住民に愛され親しまれる。住民に愛されなかったら、その病院は存在する価値がないですね。それから大事なものは医師会です。医師会とケンカするようでは、絶対に地域でもいけませんね。それから診療所との連携。これも先ほどの紹介率を上げるためにも、連携を良くするしかないですね。どんどん惜しげもなく逆紹介してごらん下さい。必ず逆紹介が有力な種になって紹介率は増えます。

外来がどうして病院に必要なか。あんな単価の安いところへ専門医が行って、昼過ぎまで何百人を診たと言っているようでは、病院としては意味がないと私は思います。

救急は絶対断らない。ちょっと診てどこかへ送るにしても、絶対に断らないということが中小病院においても必要です。満床で断るとするのは残念ですけども、その対策も必要だと思いますね。

さらに、平均在院日数の短縮、病棟稼働率。ここにまた出てきましたが、機能評価は必ず受ける。必ずという意味は受審の最初も大変で、2度目のときでも（5年ごと）けっこうきつい感じですが、病院のすべてがすごくグレードアップすることは確かです。

さらに

- 平均在院日数の短縮
- 病棟稼働高率の維持
- 機能評価は必ず受ける
- 経営の効率化に努める 部門別収支
- 在宅医療 介護への進出
- 人件費に留意 医師に能率給

スライドC

それから部門別収支。先ほど織本先生がおっしゃいましたが、このような見方で経営の効率化に努める。効率よく経営するということです。

それから私どもはあまりやっていませんが、在宅医療ですね。開業の友人を見ていても、在宅医療は非常に点数がいいぞと言ってやっています。もう1つ介護への進出。これも私どもの法人も特養とか、いろいろな介護保険のものをたくさん周りに置いています。そこは患者さんの受け皿と思ってやっていても、最近制度が変わったのか、なかなか受け取ってくれないということはあるんですが、そういう施設をたくさんつくっておくということは良いことだと思います。

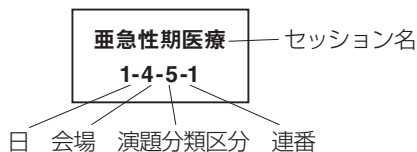
最後に、人件費に留意する。いろいろなことをやるにしても、人件費を食っているようじゃ意味がありません。例えば医師に能率給ということは、みみっちいようではすけれども、頑張っていた方には率のいい報酬を差しあげるということは大事であると思います。ドクターも人間ですから、そういうことが必要であるという意味でございます。

時間が迫ってまいりました。皆さま方お疲れでございましょうけども、中小病院のシンポジウムはいつも皆さま方にお出でいただいて、大変に良い討論ができております。ありがとうございました。

一般演題分類区分番号

プログラムは、各発表者が演題申し込み時に選択した演題分類区分(下記)をもとに編成しております。

<日程表の見方> (例) 第4会場 13:00～13:40



<大分類>

1	保健・予防活動	11	医療機能評価・ISO・医療の質
2	救急医療	12	物流システム
3	高度先進医療	13	病院建築・医療設備・廃棄物処理
4	急性期医療	14	リスクマネージメント
5	亜急性期医療	15	アウトソーシング
6	長期医療と介護	16	患者・家族への指導、教育
7	在宅医療・在宅介護	17	地域医療連携
8	緩和医療	18	医師の臨床研修
9	事務管理(総務・人事労務・財務・教育等)	19	保険医療と自由診療
10	IT・病歴管理・医療情報管理	20	その他

<細分類>

(1)	経営・管理系部門	(8)	リハビリ部門
(2)	施設管理部門	(9)	栄養・調理部門
(3)	医師部門	(10)	介護・福祉部門
(4)	看護系部門	(11)	臨床工学部門
(5)	薬剤部門	(12)	ソーシャルワーク・ケースワーク部門
(6)	検査部門	(13)	事務部門
(7)	放射線部門	(14)	その他

主要プログラム

記念講演「冒険への心～未知への挑戦」

講師：三浦雄一郎（プロスキーヤー）
 座長：土屋 章（社団法人神奈川県病院協会 会長）
 第1会場 7月2日（金）15：45～17：00

特別講演1「医療における『愛』」

講師：阿部志郎（神奈川県立保健福祉大学 学長）
 座長：富田恭弘（社団法人神奈川県病院協会 副会長）
 第1会場 7月2日（金）10：00～11：00

特別講演2「高齢者医療の現状と将来」

講師：田平 武（国立長寿医療センター研究所 所長）
 座長：元田 憲（社団法人神奈川県病院協会 副会長）
 第1会場 7月2日（金）11：00～12：00

特別講演3「新たなる感染症の発生に対応して
 - SARS、感染症法改正、そして鳥
 型インフルエンザ -」

講師：岡部信彦（国立感染症研究所感染症情報センター長）
 座長：武田隆男（社団法人日本病院会 副会長）
 第3会場 7月2日（金）15：00～16：00

特別講演4「医療制度改革の目指すもの」

講師：松田 朗（社団法人日本医業経営コンサルタント
 協会 会長）
 座長：近藤 脩（社団法人神奈川県病院協会 副会長）
 第1会場 7月3日（土）9：00～10：15

特別講演5「ロボットの臨床応用の現状と将来」

講師：藤江正克（早稲田大学 教授）
 座長：奈良昌治（社団法人日本病院会 副会長）
 第1会場 7月3日（土）10：15～11：30

市民公開講座「人生80年時代を生きる」

講師：日野原重明（聖路加国際病院 理事長・名誉院長）
 座長：渡邊史朗（社団法人神奈川県病院協会 副会長）
 第1会場 7月3日（土）16：00～17：00

フォーラム

「病院機能の選択と診療報酬改定の評価 - 機能分化と連携に成功する病院の意思決定を探る -」
 総司会：大石洋司（日本病院会 統計情報委員会 ワーキング委員会 委員）

趣旨説明：中後 勝（日本病院会 統計情報委員会 委員長）

・基調講演「平成16年診療報酬改定の影響度評価と病院意思決定分析」

講師：関田康慶（日本病院会 統計情報委員会 ワーキング委員会 委員長）

座長：中後 勝（日本病院会 統計情報委員会 委員長）

・シンポジウム「病院機能の選択と診療報酬改定の評価 - 機能分化と連携に成功する病院の意思決定を探る -」

座長：関田康慶（東北大学大学院経済学研究所 教授）
 報告1「急性期機能の選択と成功する病院の意思決定」

李 忻（日本福祉大学福祉経営学部 講師）
 里村洋一（千葉大学 名誉教授）

報告2「慢性期機能の選択と成功する病院の意思決定」
 糟谷昌志（宮城大学事業構想学部 助手）

山門和明（医療法人愛仁会 常務理事・本部長）

報告3「機能分化の選択・連携と成功する病院の意思決定」

加藤由美（東北文化学園大学医療福祉学部 助教授）
 梅里良正（日本大学医学部社会医学講座医療管理学

部門 助教授)

総合討論「診療報酬改定データベースに基づいて、機能分化と連携に成功する病院の意思決定を探る」

シンポジスト：李 忻、里村洋一、糟谷昌志、山門和明、加藤由美、梅里良正

シンポジウム 1**「中小病院の歩むべき道 ～輝く病院づくりのために～」**

座長：福田浩三（上飯田第二病院 名誉院長）

シンポジスト：

牧 恭彦（医療法人清翠会牧病院 理事長）

渡辺嘉久（総合川崎臨港病院 理事長）

品田章二（新潟県済生会三条病院 院長）

第2会場 7月2日（金）10：00～12：00

シンポジウム 2**「日本の病院医療を考える ～日本医師会会長と病院団体トップ5人が語る～」**

座長：行天良雄（医事評論家）

シンポジスト：

植松治雄（日本医師会 会長）

小山田恵（社団法人全国自治体病院協議会 会長）

佐々英達（社団法人全日本病院協会 会長）

豊田 堯（社団法人日本医療法人協会 会長）

鮫島 健（社団法人日本精神科病院協会 会長）

武田隆男（社団法人日本病院会 副会長）

第1会場 7月2日（金）13：00～15：30

シンポジウム 3**「医療提供体制の変化は看護をどう変えるか～何時でもどこでも安心して受けられる医療～」**

座長：森田孝子（信州大学医学部保健学科 教授）

シンポジスト：

瀬戸山元一（高知県高知市病院組合 理事）

坂本すが（NTT 東日本関東病院 看護部長）

椎野恵子（ボランティア会 ランパス会長）

江原正恭（東名厚木病院理事長室 室長）

第2会場 7月2日（金）13：00～15：30

シンポジウム 4**「インターネット時代の病院 ～ITを活用した新たな挑戦～」**

座長：大井利夫（上都賀総合病院 名誉院長）

中村洋一（茨城県立医療大学保健医療学部 教授）

シンポジスト：

成田徳雄（米沢市立病院 脳神経外科科長／地域情報連携室長）

高木由利（織本病院 副理事長）

藤田安彦（横須賀共済病院 放射線科部長）

田淵正登（岡山済生会総合病院 企画部長／病院管理担当参与兼務）

第3会場 7月2日（金）13：00～15：00

シンポジウム 5**「アジアにおける病院の苦悩とその対策」****（同時通訳付）**

座長：秋山 洋（虎の門病院 顧問）

シンポジスト：

アジア病院連盟（Asian Hospital Association, AHF）加盟団体各代表者

第4会場 7月2日（金）15：00～17：00

シンポジウム 6**「病院マネジメント最前線 ～事務管理者からの提言～」**

座長：梶原 優（医療法人弘仁会板倉病院 理事長）

シンポジスト：

鈴木紀之（財団法人筑波メディカルセンター 法人事務局次長兼病院事務部長）

小野政秀（トヨタ自動車株式会社 トヨタ記念病院 事務長）

望月眞一（熊本整形外科病院／熊本リハビリテーション病院 事務長）

小林和彦（医療法人財団石心会川崎幸病院 事務部長）

第2会場 7月3日（土）9：00～11：00

シンポジウム 7**「病院におけるチーム医療の推進」**

座長：益田啓作（神奈川県病院協会 参与）

シンポジスト：

細田満和子（東京大学大学院人文社会系研究科 日本学術振興会 特別研究員）

吉澤 徹（諏訪中央病院 内科医長）

井部俊子（聖路加看護大学 学長）

酒井英洋（横浜赤十字病院 薬剤部長）

第2会場 7月3日（土）13：00～15：00

ワークショップ・パネルディスカッション 1**「医療現場における栄養士の役割」**

座長：川島由起子（聖マリアンナ医科大学病院 栄養部長）

パネラー：

野口珠子（北里大学東病院 栄養部長）

田中弥生（南大和病院 栄養科長）

林 静子（医療法人長谷川会 理事／湘南ホスピタル 栄養科主任）

助言者：角野禎子（青木病院 理事長）

共催：神奈川県栄養士会病院栄養士協議会
第12会場 7月2日(金) 13:00～14:30

ワークショップ・パネルディスカッション2 「患者サービス・自立支援を求めて ～MSW への期待～」

座長：大井ときは(神奈川県医療社会事業協会)

パネラー：

取出涼子(初台リハビリテーション病院)
高野静子(元旭福祉保健センター)
高山俊雄(都立大塚病院)
助言者：児島美都子(東京福祉大学大学院 教授/日
本福祉大学 名誉教授)

第12会場 7月2日(金) 14:40～16:10

ワークショップ・パネルディスカッション3 「安全な放射線診療を目指して」

座長：中村 豊(神奈川県立がんセンター 放射線技術第
3科)

パネラー：

諸澄邦彦(埼玉県立がんセンター)
天内 廣(横浜市立大学医学部附属市民総合医療セン
ター)
中村泰彦(九州大学病院医療技術部放射線部門)
山森和美(帝京大学医学部附属市原病院放射線部)
柏田陽子(特定医療法人泉和会千代田病院)

第11会場 7月3日(土) 9:00～10:30

ワークショップ・パネルディスカッション4 「これからの病院に求められる臨床工学技士の役割」

座長：那須野修一(横浜労災病院 臨床工学部)
廣瀬 稔(北里大学医療衛生学部臨床工学 講師)

パネラー：

井本昌克(厚生労働省 医薬食品局安全対策課 医療機
器情報専門官)
釘宮豊城(順天堂大学医学部麻酔科学・ペインクリニ
ック講座 教授)
速水昭雄(亀田総合病院 医療管理本部医療技術管理
部長/亀田クリニック事務長)
戸畑裕志(久留米大学病院臨床工学センター 技師長)
草刈修一(北里大学病院腎センター 係長)

第12会場 7月3日(土) 9:00～10:30

ワークショップ・パネルディスカッション5 「病院から地域へのリハビリテーションにおける 連携は可能か ―効果的な継続的理学療法展開 のための連携―」

座長：隆島研吾(川崎市れいんぼう川崎 リハビリテーシ
ョン係長)

パネラー：

永山定男(南大和病院 リハビリテーション部 部長)
木口淳一(医療法人社団総生会 理学療法士 主任)
松沢 博(介護老人保健施設すこやか 理学療法士/
聖ヶ丘教育福祉専門学校)

和田洋子(社団法人三喜会 居宅サービス部 統括部長)

第11会場 7月3日(土) 13:00～14:30

ワークショップ・パネルディスカッション6 「新世紀における病院検査室運営の戦略」

座長：米坂知昭(社会福祉法人恩賜財団済生会神奈川県
病院 検査科技師長兼済生会横浜市東部病院建設
事務所 企画・整備担当課長)

第1部 講演

講師：杉山 誠(湯河原胃腸病院 事務長)

第2部 座談会

発言者：

高橋秀之(小田原市立病院 病理・臨床検査科)
川嶋 徹(社団法人日本臨床衛生検査技師会)
本間裕一(横浜市立港湾病院 検査部)
瀬戸泰久(関東労災病院 検査科)

第12会場 7月3日(土) 13:00～14:30

ワークショップ・パネルディスカッション7 「精神科作業療法の今後の課題と展望」

座長：鶴見隆彦(川崎市リハビリテーション医療センター)

パネラー：

山根 寛(京都大学医学部保健学科 教授)
比留間ちづ子(東京女子医科大学病院 作業療法士長)
岩野睦美(日向台病院 作業療法科)

第11会場 7月3日(土) 14:40～16:10

ワークショップ・パネルディスカッション8 「医療経済を考慮した医薬品適正使用」

座長：全田 浩(社団法人日本病院薬剤師会 会長)

パネラー：

井上忠夫(聖路加国際病院薬剤部 部長)
後藤伸之(福井大学医学部附属病院 薬剤部主任)
望月眞弓(北里大学薬学部 教授)
赤瀬朋秀(日本医療伝道会衣笠病院 薬剤科長)

助言者：明石勝也(聖マリアンナ医科大学病院 院長)

第12会場 7月3日(土) 14:40～16:10

7月2日(金) 第4会場
亜急性期医療

13:00~13:40 座長：上田規子
 (神奈川県立がんセンター 看護部長)

1-4-5-1 褥瘡有リスク患者に対する予防策 ~生理用ナプキンによる試み~
 発表者：三角美恵

(医療法人三和会東鷲宮病院 看護師)

1-4-5-2 褥瘡にラップ療法を始めて
 発表者：我妻里栄

(医療法人三和会東鷲宮病院 看護師)

1-4-5-3 当院における褥瘡対策 ~評価にデジカメを取り入れて~
 発表者：浅見美雪

(医療法人三和会東鷲宮病院 看護師)

1-4-5-4 大雄会クリニックにおける外来がん化学療法の現状
 発表者：田宮澄子 (医療法人大雄会大雄会クリニック 看護師)

1-4-5-5 がん性疼痛緩和に対する相談活動の評価
 発表者：細川浩代 (厚木市立病院 看護師)

13:42~14:22 座長：天川孝則
 (横浜赤十字病院 顧問)

1-4-5-6 外来化学療法に関わる抗癌剤無菌調剤の実際
 発表者：篠崎典子

(医療法人財団石心会狭山病院 薬剤師)

1-4-5-7 NSTへの薬剤師の関わり
 発表者：吉田郁子

(徳島赤十字病院薬剤部 薬剤師)

1-4-5-8 化学療法を受ける幼児期にある児の口内炎予防をめざして
 発表者：上村真矢 (藤沢市民病院 看護師)

1-4-5-9 原三信病院脳外科・呼吸器科病棟における腹臥位療法の有効性の検討について
 発表者：米川千草 (医療法人原三信病院 看護師)

1-4-5-10 人工股関節置換術後のチームアプローチにおける看護師の役割
 発表者：林 祥江 (JA三重厚生連 鈴鹿中央総合病院 6西病棟 看護師)

14:24~14:56 座長：林 雅人
 (平鹿総合病院 院長)

1-4-5-11 透析における失血に対する考察 一失血感知器を作製、使用して~
 発表者：佐藤成雅 (医療法人社団相和会 刈野辺総合病院 看護師)

1-4-5-12 当病棟看護師の抑制に対する倫理的配慮の現状
 発表者：平田未歩 (社会福祉法人恩賜財団済生会京都府病院 看護師)

1-4-5-13 平均在院日数100日以内に自宅退院を目指す「看護支援システム」の作成
 発表者：森木美香 (特定医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院 看護師)

1-4-5-14 自宅退院の実現を目指して
 発表者：藤沢幸子 (医療法人社団景翠会 金沢病院 准看護師)

7月2日(金) 第5会場
保健・予防活動

13:00~13:32 座長：川城丈夫
 (国立病院機構 東埼玉病院 院長)

1-5-1-1 病院職員に対するインフルエンザワクチンの予防効果の検討
 発表者：田中啓広 (医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院 医師)

1-5-1-2 インフルエンザ流行期における老人保健施設の感染対策
 発表者：菊地奈美枝 (医療法人社団カレスアライアンス老人保健施設母恋 看護師)

1-5-1-3 口腔ケアプランを作成して行った療養型病床での口腔ケア
 発表者：安田美貴子 (特定医療法人大道会ポバース記念病院歯科診療部 歯科医師)

1-5-1-4 口腔ケアに対するスタッフの意識向上を目指して
 発表者：長井佐知子 (医療法人美杉会佐藤病院 看護師)

13:36~14:16 座長：石井暎禧
 (医療法人財団石心会 理事長)

1-5-1-5 検診受診者のBMIと生活習慣病
 発表者：小松信隆 (社団法人札幌社会保険総合病院 管理栄養士)

1-5-1-6 高齢者運動機能測定より見た肥満、骨密度と食事の関係について
 発表者：安元美貴 (医療法人社団東洋会池田病院 管理栄養士)

1-5-1-7 地域で行う転倒骨折予防教室を安全に行うために
 発表者：内山陽彦 (社会福祉法人七沢リハビリテーション病院脳血管センター理学療法士 (PT))

1-5-1-8 透析専門病院での超音波検査の有用性
 発表者：北原麻紀

(医療法人桃仁会病院 臨床検査技師)

1-5-1-9 拡げよう個別相談 ~精密検査受信勧奨の取り組みから~
 発表者：東 初枝 (医療法人社団相和会 刈野辺総合病院 相模原総合検診センター 保健師)

14:20~15:00 座長：梶原 優
 (医療法人弘仁会板倉病院 理事長)

1-5-1-10 医療事故の具体例を使った医学教育の試み
 発表者：岡崎悦夫 (特定医療法人立川メディカルセンター 立川総合病院 医師)

1-5-1-11 ヒヤリフット ~あなたの足にヒヤリとすることが起こっていますよ~
 発表者：西山政治 (医療法人財団博愛会博愛会病院 看護師)

1-5-1-12 材質による手袋の比較・検討 ~ピンホールの実態~
 発表者：伊藤美奈 (名古屋第二赤十字病院 看護師)

1-5-1-13 独歩入院患者に対する手洗いの指導効果について
 -アンケート調査を中心として-
 発表者：高岡園子 (医療法人嘉仁会松山西病院 看護師)

1-5-1-14 災害時の看護に関する看護師の知識
 発表者：兼房明美 (春日井市立春日井市民病院 看護師)

15:04~15:44 座長：近藤達也
(国立国際医療センター 院長)

1-5-1-15 当院職員におけるウイルス性疾患のワクチン接種状況について

～麻疹、風疹、水痘、ムンプス～

発表者：高橋敏夫（医療法人社団神鋼会 神鋼病院 臨床検査技師）

1-5-1-16 母乳育児と新生児黄疸の関連性の検討 ～早期頻回授乳と高ビリルビン血症について～

発表者：長谷川給美（医療法人愛生会総合上飯田第一病院 看護師）

1-5-1-17 看護師を対象としたポータブル撮影時の放射線被ばくについての理解度調査

発表者：須永咲代（藤沢市民病院 診療放射線技師）

1-5-1-18 注腸検査前処理の改善

～より良い写真を目指して～

発表者：小林一彦（医療法人抱生会丸の内病院 診療放射線技師）

1-5-1-19 当院の自動現像機の現状について ～マンモグラフィにおける濃度安定と最適条件の検討～

発表者：上水美香（医療法人社団博友会 金沢西病院 診療放射線技師）

救急医療

15:48~16:20 座長：齊藤寿一
(社会保険中央総合病院 院長)

1-5-2-20 画像処理が手術前情報として有用であった症例

発表者：佐山光男（茨城県厚生連茨城西南医療センター病院 診療放射線技師）

1-5-2-21 深呼吸停止 SPECT と他のモダリティ融合画像の有用性

発表者：玄 清海（医療法人若弘会若草第一病院 診療放射線技師）

1-5-2-22 病院検査室の運用・生化学測定器の機種変更について

発表者：矢部恭代（医療法人財団石心会 狭山病院 臨床検査技師）

1-5-2-23 手術室における記録用紙の作成を試みて

発表者：志村友里江（恩賜財団済生会神奈川県病院 看護師）

高度先進医療、亜急性期医療

16:24~16:56 座長：渡部 透
(医療法人恒仁会新潟南病院 理事長)

1-5-3-24 心臓カテーテル検査および治療における Acist 造影システムの有用性

発表者：山口隆義（医療法人社団カレスサッポロ北光記念病院 診療放射線技師）

1-5-3-25 プロトンMRスペクトロスコピーによる脳腫瘍の評価について

発表者：高尾 渉（財団法人操風会岡山旭東病院 診療放射線技師）

1-5-3-26 MRI での頸髄根・腰髄根描出の試み（脂肪抑制撮像の応用）

発表者：関口真幹（医療法人弘雅会寺方生野病院 診療放射線技師）

1-5-5-27 当院における全人工膝関節置換術後の関節可動域調査

発表者：藤縄浩史（医療法人社団神鋼会 神鋼病院 理学療養士）

7月2日(金) 第6会場 IT・病歴管理・医療情報管理

13:00~13:32 座長：山川達郎
(京浜総合病院顧問 兼 帝京大学医学部名誉教授、客員教授)

P1-6-10-1 院内におけるクリニカルパスの運用の標準化

発表者：山田 潤（医療法人医真会八尾総合病院 事務職員）

P1-6-10-2 原価計算的要素を加味したDPC 対策

発表者：高田賀将（医療法人財団石心会 狭山病院 診療情報管理士）

P1-6-10-3 同意書の標準化に向けて～汎用アプリケーションを利用した文書作成ツールの構築～

発表者：刀塚亜沙美（愛知県厚生農業協同組合連合会渥美病院 事務職員）

P1-6-10-4 茨城県臨床衛生検査技師会細胞検査部門精度管理におけるIT化の試み
発表者：高谷澄夫（社団法人茨城県臨床衛生検査技師会学術研究部形態検査部門細胞検査部門茨城西 臨床検査技師）

13:36~14:08 座長：保坂洋夫
(済生会横浜市南部病院 院長)

P1-6-10-5 e-Learning による新人看護師教育への取組みについて

発表者：藤井佳子（小倉第一病院 看護師）

P1-6-10-6 電子カルテ導入に伴うスタッフ教育のあり方について

発表者：紫藤由美（医療法人社団熊本丸田会熊本リハビリテーション病院 看護師）

P1-6-10-7 リハビリテーションデータベース開発（第3報）

～活動評価標準化案と分析試行結果～

発表者：小林順子（日本リハビリテーションネットワーク研究会 事務職員）

P1-6-10-8 リハビリテーションにおける診療録評価基準の開発

発表者：太田久彦
(学校法人日本医科大学 医師)

14:12~14:44 座長：今井重信
(湘南中央病院 院長)

P1-6-10-9 インターネット対応栄養計算システムの開発

発表者：木村美恵子（医仁会タケダライフサイエンスリサーチセンター〈疾病予防センター〉所長）

P1-6-10-10 本院におけるフィルムレス化の可能性と問題点の検討について

発表者：中野 亮（医療法人総合大雄会病院 診療放射線技師）

P1-6-10-11 検診情報の携帯電話への配信・表示システム

発表者：福島秀顕
(KDDI 株式会社技術開発本部 会社員)

P1-6-10-12 HMG-CoA 還元酵素阻害薬 prevastatin sodium の医薬品添付文書における薬物動態情報に関する研究

発表者：平山武司
(北里学園北里大学東病院 薬剤師)

医療機能評価・ISO・医療の質

14:48～15:44 座長：栃原敏彦
(神奈川県厚生連相模原共同病院 院長)

P1-6-11-13 病院機能評価における高槻病院薬剤科の取り組み(1)
発表者：岩城晶文
(医療法人愛仁会高槻病院 薬剤師)

P1-6-11-14 機能評価を受審して
発表者：村上 学
(大牟田市立総合病院 臨床検査技師)

P1-6-11-15 療養病棟新設における問題点と取り組みについて
発表者：朝倉健一
(秋田県由利組合総合病院 医師)

P1-6-11-16 看護単位の目標達成に対する取り組みの実態と課題
発表者：長見充彦
(医療法人愛仁会高槻病院 看護師)

P1-6-11-17 患者の看護過程に関するカンファレンスの実態と看護職員の認識
発表者：山口和美
(医療法人愛仁会高槻病院 助産師)

P1-6-11-18 「選択型二交代制夜勤」導入による看護師の意識変化
発表者：富田昌代
(医療法人愛仁会高槻病院 看護師)

P1-6-11-19 ワークフロー分析に基づく業務改善の取り組み
発表者：内重 烈(社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院 事務職員)

7月2日(金) 第7会場
リスクマネジメント

13:00～13:40 座長：別所 隆
(神奈川県厚生連伊勢原共同病院 院長)

P1-7-14-1 事故回避と教育を目的とした重症肺炎(人工呼吸管理)のクリニカルパスを作成して
発表者：近藤久子
(総合病院取手協同病院 看護師)

P1-7-14-2 リン酸オセルタミビル(タミフル(R))を使用した病棟スタッフ間

のインフルエンザA感染予防の経験

発表者：松井美智子
(共立湖西総合病院 看護師)

P1-7-14-3 チューブ類自己抜去の発生状況と要因について～「ヒヤリ・ハット」レポートより分析～
発表者：齋藤圭奈
(共立湖西総合病院 看護師)

P1-7-14-4 医療事故防止への取り組み一寸劇「ヒヤ!ドッキリ?劇場」を取り入れて～
発表者：森田町子(茨城県厚生農業協同組合連合会総合病院土浦協同病院 看護師)

P1-7-14-5 『薬物のヒヤリハットの分析、事故防止に向けて』
発表者：有富 泉
(青梅市立総合病院 看護師)

～リーダーシップとしてのあり方～
発表者：有富 泉
(青梅市立総合病院 看護師)

13:42～14:22 座長：柳川忠二
(聖マリアンナ医科大学東横病院 薬剤部長)

P1-7-14-6 薬剤師の外来化学療法への関わり(第1報)
発表者：藤日光良
(JA愛知厚生連渥美病院 薬剤師)

P1-7-14-7 薬剤師の外来化学療法への関わり(第2報)
発表者：藤井友和
(JA愛知厚生連渥美病院 薬剤師)

P1-7-14-8 当院の調剤におけるリスクマネジメントへの取り組み
発表者：長谷川敦子(恩賜財団福井県済生会病院 薬剤師)

P1-7-14-9 手術部位感染症のサーベランス～手洗いに滅菌水を使用した場合と水道水を使用した場合の比較～
発表者：横尾直子
(医療法人医真会八尾総合病院 看護師)

P1-7-14-10 ATP・微生物検査による手洗いマニュアルの再検討
発表者：林由加利(医療法人大雄会大雄会第一病院 調理師)

P1-7-14-11 どれにしようかPPE～SARS個人防護用具の標準化を目指して～
発表者：遠藤和郎
(沖縄県立中部病院 医師)

P1-7-14-12 e-Learning導入によるリスクマネジメント
発表者：古賀喜子
(小倉第一病院 臨床工学技士)

P1-7-14-13 当院におけるリスクマネジメントの取り組み～3ヶ月評価を実施して～
発表者：諫武 稔(特定医療法人青洲会福岡青洲会病院 理学療法士(PT))

P1-7-14-14 放射線検査時の患者対応マニュアル～あなたならどうしますか?～
発表者：山本 迅(恩賜財団済生会横浜市南部病院 診療放射線技師)

患者・家族への指導、教育

14:56～15:28 座長：落合記久子
(横浜栄共済病院 看護部長)

P1-7-16-15 日帰り腫瘍摘出手術を受ける患者の術前・術後の情報提供の検討～検査支援看護師・クリニカルパス導入を試みて～
発表者：山添奈美(医療法人ジャパンメディカルアライアンス海老名総合病院 看護師)

P1-7-16-16 外来化学療法を実施するためのシステムを考える～手順マニュアル・フローシートを作成して～
発表者：澤田起恵子
(共立湖西総合病院 看護師)

P1-7-16-17 眼科術後の腹臥位による苦痛と看護用具の効果
発表者：加藤万里子(医療法人大雄会大雄会第一病院 看護師)

P1-7-16-18 継続受け持ち患者(入院中)に対する患者、看護師の意識調査
発表者：伊豆元弥生(トヨタ自動車株式会社トヨタ記念病院 看護師)

15:30~16:02 座長：長倉靖彦
(横浜掖済会病院 院長)

P1-7-16-19 脳神経外科外来における
電話相談の実態と看護師の役割

発表者：田辺理恵（学校法人北里学園北
里大学院 看護師）

P1-7-16-20 看護部が主体的に取り組む
健康管理教室

～看護師のアンケート調査から～
発表者：坂本喜美子（茨城県厚生農業協
同組合連合会総合病院土浦協同病院 看
護師）

P1-7-16-21 患者さんの希望する医療
被曝資料作成について

～Needsの把握から運用評価まで～
発表者：安藤千恵子（医療法人真医会八
尾総合病院 診療放射線技師）

P1-7-16-22 予約時間通りに検査の開
始を目指して

～MRI検査の待ち時間短縮の報告～
発表者：北角欣也（特定医療法人黎明会
北出病院 診療放射線技師）

16:04~16:46 座長：吉井 宏
(恩賜財団済生会神奈川県病院 院長)

P1-7-16-23 薬剤管理指導業務の完全
実施 ～量から質へ～

発表者：岸本悠良
(医療法人茜会昭和病院 薬剤師)

P1-7-16-24 糖尿病教室への薬剤師と
しての取り組み ～薬剤指導の標準化～

発表者：梅村 朋（日本赤十字社名古屋
第二赤十字病院 薬剤師）

P1-7-16-25 外来患者様への薬剤情報
提供の検討

発表者：早川幸宏（社会福祉法人恩賜財団
済生会大阪府済生会野江病院 薬剤師）

P1-7-16-26 家庭での透析食の献立援
助 ～パンフレットを作成して～

発表者：東久保佳珠子（特定医療法人黎
明会北出病院 管理栄養士）

P1-7-16-27 在院日数短縮のための退
院調整について ～MSWの取り組み～

発表者：飯田武志（日本赤十字社浜松赤
十字病院 ソーシャルワーカー）

7月2日（金）第8会場
地域医療連携

13:00~13:32 座長：金山正明
(平塚共済病院 院長)

P1-8-17-1 ヒューマンサービスを実践
するための主任看護師の関わり方

発表者：阿部和子（恩賜財団済生会神奈
川県病院 看護師）

P1-8-17-2 当院における「お薬手帳」
の活用

発表者：荻原加奈子
(東京女子医科大学附属第二病院 薬剤師)

P1-8-17-3 地域の現状とSTとしての
今後の課題

～アンケート調査からの考察～
発表者：星 晴美（茨城県厚生農業協
同組合連合会茨城西南医療センター病院
言語聴覚士）

P1-8-17-4 『パートナー事業所制度』
の取り組み

発表者：田中恭子（医療法人ベガサス馬
場記念病院 事務職員）

その他

13:34~14:14 座長：遠山慎一
(神奈川県立循環器呼吸器病センター 所長)

P1-8-20-5 植え込み型ペースメーカ
の管理について ～メーカー主体の管理か
ら病院主体の管理へ～

発表者：佐藤武志
(東戸塚記念病院 臨床工学技士)

P1-8-20-6 大動脈診療におけるコーデ
イナーの役割

発表者：吉牟禮進也（医療法人財団石心
会川崎幸病院大動脈センター コーデ
イナー）

P1-8-20-7 病院受療者の心理的・社会
的サポートに関する満足度と期待

～VHJ加盟病院の受療者アンケート結果
より～

発表者：菊池浩光（医療法人社団カレスア
ライアンス日鋼記念病院 臨床心理士）

P1-8-20-8 院内保育所に求められるも

のと今後の方向性について

発表者：宮本晴美
(特定医療法人黎明会北出病院 保育士)

P1-8-20-9 医療相談の情報について

発表者：村上則子
(大牟田市立総合病院 看護師)

14:16~14:56 座長：杉山万里江
(山近記念総合病院 総師長)

P1-8-20-10 長期の母子分離入院が脳
性麻痺児に与える影響

～親から見た変化をもとにして～
発表者：田中幸子（特定医療法人大道会
ポバース記念病院 看護師）

P1-8-20-11 女性看護師から見た男性
看護師のケアに対する意識

～男性看護師の生き残る道～
発表者：廣田悟志
(富山市立富山市民病院 看護師)

P1-8-20-12 予約診療導入による待ち
時間短縮の取り組み

発表者：吉田優子（財団法人新田塚医療
福祉センター福井総合病院 看護師）

P1-8-20-13 救急外来受診患者の再診
率アップに再診カードは有効か？

発表者：土田ゆかり（財団法人新田塚医
療福祉センター福井総合病院 看護師）

P1-8-20-14 看護業務量を測定しての
リリース体制

発表者：古田美佐子
(日本赤十字社横浜赤十字病院 看護師)

15:00~15:40 座長：阿部豊子
(総合病院伊勢原協同病院 看護部長)

P1-8-20-15 看護学生の学習意欲に影
響を及ぼす臨床実習指導者の関わり

発表者：海老澤弥生（茨城県厚生農業協
同組合連合会総合病院土浦協同病院実
習指導委員会 看護師）

P1-8-20-16 酸素の加湿について 文
献レビューの結果から

発表者：金気文子
(神奈川県立足柄上病院 看護師)

P1-8-20-17 洗浄方法を統一して見え
てきたこと

発表者：磯川美香（石川島播磨重工業健康保険組合播磨病院 看護師）

P1-8-20-18 当院における滅菌業務中央化に向けての取り組み

発表者：竹内 悟

（長野厚生連佐久総合病院 看護師）

P1-8-20-19 長野松代総合病院の耐性菌出現頻度と抗菌薬耐性率

—抗菌薬適正使用のための検討—

発表者：三澤貴美（長野県厚生農業協同組合連合会 長野松代総合病院 薬剤師）

15:42～16:14 座長：鈴木秀夫
（鎌倉市医師会病院会 会長）

P1-8-20-20 生活習慣病によるbaPWVの変化

発表者：難波智恵（医療法人社団カレス サッポロ北光記念病院 臨床検査技師）

P1-8-20-21 心臓カテーテル業務における臨床検査技師の役割

発表者：石原正明（医療法人明理会東戸塚記念病院 臨床検査技師）

P1-8-20-22 カフェテリア方式による食事提供の取り組み

発表者：斉内康子（特定医療法人社団御上会野洲病院 管理栄養士）

P1-8-20-23 患者食の満足度向上への取り組み

発表者：磯谷聡美（トヨタ自動車株式会社トヨタ記念病院 管理栄養士）

**7月2日（金）第9会場
急性期医療**

13:00～13:40 座長：小川嘉誉
（多根総合病院 理事長）

1-9-4-1 胃全摘術後における早期経腸栄養導入の経済効果

発表者：横山 正

（市立赤穂市民病院 医師）

1-9-4-2 頸髄損傷に伴って発症した褥瘡に対して陰圧閉鎖療法が有用であった1例

発表者：曾我アイ子

（医療法人嘉仁会松山西病院 看護師）

1-9-4-3 褥瘡発生報告書からみた現状と課題

発表者：富山麗子（医療法人社団相和会 刈野辺総合病院 看護師）

1-9-4-4 手指汚染のサーベイランス

発表者：折尾優美

（名古屋第二赤十字病院看護師）

1-9-5-5 脳外・脳卒中患者における末梢静脈カテーテル感染予防への取り組み

発表者：石津谷恵

（社会福祉法人聖隷浜松病院 看護師）

13:40～14:28 座長：佐藤真杉
（医療法人美杉会佐藤病院 理事長）

1-9-4-6 乳房全切除後、一期的（即時）乳房再建術の経験

発表者：竹中晴幸（東芝林間病院 医師）

1-9-4-7 大動脈疾患診療における大動脈センターの役割

発表者：山本 晋（医療法人財団石心会 川崎幸病院・大動脈センター 医師）

1-9-4-8 「救急放射線検査としてのEBM確立の取り組み」

発表者：玉井 勲（特定医療法人慈泉会 相澤病院 診療放射線技師）

1-9-4-9 心臓リハビリテーションプログラムに対するバリエーション分析

～心臓リハビリテーション開始基準とアルゴリズムの作成～

発表者：石橋曜子（社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院 看護師）

1-9-4-10 リハビリテーションシステム導入の波及が診療支援に反映

発表者：金井直幸（医療法人埼玉成恵会病院 理学療法士(PT)）

1-9-5-11 ICU入室方法についての検討

発表者：北條志穂

（東京厚生年金病院 看護師）

14:28～15:16 座長：邊見公雄
（赤穂市民病院 院長）

1-9-4-12 急性期病院としての臨床工学士の業務と課題

発表者：縮 友和（医療法人財団石心会

川崎幸病院 臨床工学士）

1-9-4-13 当院臨床工学部の機構と役割—臨床工学部門の整備事業が進められている中で—

発表者：古川博一（医療法人溪仁会手稲 溪仁会病院 臨床工学士）

1-9-4-14 急性期治療終了後の入院機関の更なる短縮化を目指して

～ケースワーカーの立場から～

発表者：段上智香

（北摂総合病院 ソーシャルワーカー）

1-9-4-15 退院計画システム導入による患者様との看護計画共有化

発表者：小早川真弓（財団法人三宅医学研究所附属三宅病院 看護師）

1-9-4-16 診療報酬改定後の病院経営戦略

発表者：栄 輝巳

（熊本整形外科病院 医師）

1-9-5-17 入院期間の適正度調査

発表者：藤田せつ子（社団法人神奈川県医師会神奈川県衛生看護専門学校附属病院 看護師）

15:16～16:04 座長：元原利武
（特定医療法人明仁会明舞中央病院 理事長）

1-9-4-18 急性期脳硬塞に対する電子化クリニカルパスの導入とその効果についての検討

発表者：澤山泰典

（医療法人原三信病院 医師）

1-9-4-19 急性期病院における神経内科病棟の退院援助の現状と課題

発表者：河合由美（トヨタ自動車株式会社トヨタ記念病院 ソーシャルワーカー）

1-9-4-20 嚥下困難患者の方向性決定に関する支援について

発表者：岩瀬祥枝（茨城県厚生農業協同組合連合会茨城西医療センター病院 ソーシャルワーカー）

1-9-4-21 体幹ギブス用治具の考案

発表者：伊藤 誠（特殊法人名古屋第二 赤十字病院 義肢装具士）

1-9-4-22 Toe-Heel ベダルの開発—筋電学的検証の試み—

発表者：昇 寛（社会福祉法人聖母会聖母病院 理学療法士(PT)）

1-9-5-23 Holter 心電図における Artifact の検討

発表者：佐藤俊也（特定医療法人財団慈生会野村病院 臨床検査技師）

**16:04～17:00 座長：木藤京子
（大和立病院 看護部長）**

1-9-4-24 急性期病院における院内サービス開設の試み

発表者：垣内いづみ
（特定医療法人慈会相澤病院 看護師）

1-9-4-25 看護職のリードによる患者フローマネージメント

発表者：細谷美智子
（東海大学医学部附属病院 看護師）

1-9-4-26 当院1・2日目看護師の業務上の負担と燃え尽き度を調査して

発表者：三村季恵（社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院 看護師）

1-9-4-27 急性期病院における看護業務量調査 -ワークサンプリング法-

発表者：古屋敷智恵美（労働者健康福祉機構中国労災病院 看護師）

1-9-4-28 外来看護職員のレディネスと成熟度の関係

発表者：青戸まり子（社会福祉法人恩賜財団済生会山口県済生会下関総合病院 看護師）

1-9-4-29 当院における病棟別褥瘡発生患者の調査分析

発表者：山下基明（医療法人雪ノ聖母会聖マリア病院 臨床検査技師）

1-9-4-30 あなた、まだ消毒してるんですか？

発表者：水原章浩
（医療法人三和会東鷲宮病院 医師）

る院内空気環境について

発表者：石橋美年子
（自治体病院市立長浜病院 看護師）

1-10-6-2 療養病床開院の時！

～はじめての介護経験の不安を自信にかえた要因～

発表者：吉名真理（財団法人天理よろづ相談所病院 看護業務補助者）

1-10-6-3 ケアプラン

～職員の意識向上をめざす～

発表者：久語 藍（医療法人穂仁会大滝病院 介護士）

1-10-6-4 介護病棟における排泄後ケアの患者満足とコスト削減への工夫

発表者：日浦美由貴（特定医療法人仁生会細木病院 看護業務補助者 介護福祉士）

1-10-6-5 療養型病棟クリティカルパスの効果的活用に向けて

～スタッフへの働きかけとその効果～

発表者：佐藤正美
（長野赤十字上山田病院 看護師）

**13:44～14:32 座長：角田幸信
（済生会広島病院 院長）**

1-10-6-6 障害を有する就学児の課題

発表者：可知久枝（医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院 作業療法士(OT)）

1-10-6-7 コミュニケーション障害と意欲の関係について

発表者：芝田優子（医療法人社団東洋会池田病院 言語聴覚士(ST)）

1-10-6-8 整容動作の「できる」と「している」との差と意欲・痴呆・移動能力との関連について

発表者：梅津由加（医療法人社団東洋会池田病院 作業療法士(OT)）

1-10-6-9 脳梗塞患者のスプリント療法による重心動揺と歩行の改善

発表者：伊藤康雅
（歯科伊藤医院伊勢原 歯科医師）

1-10-6-10 経鼻経管栄養から経口摂取へのレベルアップ ～ひとつひとつの表情から可能性を生かす～

発表者：花岡智恵
（医療法人抱生会丸の内病院 看護師）

1-10-6-11 酢注入による経鼻胃管交換

時期延長の一考

発表者：久野綾子
（社会福祉法人聖隷浜松病院 看護師）

**14:36～15:16 座長：滝本和子
（神奈川県立循環器呼吸器病センター 看護部長）**

1-10-6-12 不眠者に対する足浴と湯たんぼの効果の比較

発表者：大竹久美（財団法人竹田総合病院附属芦ノ牧温泉病院 介護福祉士）

1-10-6-13 足浴による仙骨部の温度・血流の変化

発表者：佐々木一江（医療法人宝生会PL病院 助産師）

1-10-6-14 褥瘡対策委員会の活動が効果あった症例

発表者：武川由佳里（医療法人仁寿会タジミ第一病院 看護師）

1-10-6-15 排泄ケアの実態調査

発表者：安藤加枝子（医療法人社団和風会橋本病院 看護師）

1-10-6-16 QOL向上を目指した拘縮予防・改善の取り組み

発表者：高木政代（特定医療法人若弘会わかさ竜間リハビリテーション病院 看護師）

**15:20～15:52 座長：星野マスヨ
（川崎田園都市病院 看護部長）**

1-10-6-17 仮性球麻痺患者の経口摂取を試みて ～あきらめない関わり～

発表者：山本小織（医療法人長谷川会湘南ホスピタル准看護師）

1-10-6-18 口腔内トラブルの減少 ～毎食後の含嗽と1日1回のブラッシング法による効果～

発表者：村山美香
（医療法人茜会昭和病院 看護師）

1-10-6-19 嚥下障害のある患者の経口摂取を試みて

発表者：笹原佳代（医療法人社団明芳会新戸塚病院 看護師）

1-10-6-20 食事形態の見直し

発表者：片山美帆（医療法人社団明芳会

**7月2日（金） 第10会場
長期医療と介護**

**13:00～13:40 座長：土井章弘
（岡山旭東病院 院長）**

1-10-6-1 市立長浜病院療養病棟におけ

新戸塚病院 看護師)

15:56~16:36 座長:池澤康郎
(中野総合病院 院長)

1-10-6-21 特殊疾患療養病棟における筋萎縮性側索硬化症患者への作業療法
~当院での訓練状況と課題~

発表者:牟田博行(特定医療法人若弘会
わかくさ竜間リハビリテーション病院
作業療法士(OT))

1-10-6-22 クロイツフェルト・ヤコブ病患者を受け入れて ~病棟スタッフ・家族に対する意識調査を行って~

発表者:山本めぐみ(特定医療法人若弘会わかくさ竜間リハビリテーション病院 看護師)

1-10-6-23 痴呆患者に対するアプローチ
~拒食のある患者様を通して考える~

発表者:山田菜保子(宗教法人救世軍ブース記念病院 介護福祉士)

1-10-6-24 痴呆疾患治療病棟における小グループへの働きかけを試みて

発表者:友野貴洋
(長野厚生連佐久総合病院 介護福祉士)

1-10-6-25 死後のケアの根拠について
発表者:前澤 綾
(横浜市立港湾病院 看護師)

7月2日(金) 第11会場 在宅医療・在宅介護

13:00~13:32 座長:福井 順
(長崎記念病院 顧問)

1-11-7-1 水分補給と食事内容を工夫することで便秘を解消した事例

発表者:宮内比呂美(医療法人若弘会在宅事業部在宅サービスセンター 介護士)

1-11-7-2 在宅給食サービスについて
~配達時のトラブル解消を目指して~

発表者:杉山淳彦(医療法人若弘会在宅事業部 介護福祉士)

1-11-7-3 在宅における高齢者の摂食・嚥下障害へのアプローチ

発表者:南 智子(財団法人三宅医学研究所訪問看護ステーションみやけ 看護師)

1-11-7-4 在宅サービス提供における集金業務 ~配食サービスでの業務改善を
実践して~

発表者:中西利夫(医療法人若弘会在宅事業部 事務職員)

13:36~14:08 座長:熊田隆夫
(日吉病院 院長)

1-11-7-5 在宅訪問スタッフにおける「合同学習会」の取り組みについて

発表者:荒木和子(特定医療法人大道会ボバース記念病院リハビリテーション部 作業療法士(OT))

1-11-7-6 在宅医療における訪問看護の役割 -アンケート調査を通して-

発表者:山川裕見子(財団法人結核予防会複十字病院 看護師)

1-11-7-7 訪問看護アセスメント表作成
発表者:田野一美(東京医療生活共同組合中野総合病院 看護師)

1-11-7-8 痴呆性高齢者の徘徊防止への取り組み

発表者:星 智加江(財団法人竹田総合病院竹田ほほえみデイサービスセンター 介護福祉士)

14:11~14:43 座長:荏原光夫
(高田中央病院 理事長)

1-11-7-9 統合失調症の利用者が地域社会で暮らすための試み

~ケアマネジメント機能のはたすもの~
発表者:北川美由紀(医療法人若弘会在宅事業部在宅介護支援センター竜間之郷末広出張所 看護師)

1-11-7-10 貧困層における単身高齢者の生活実態と居宅サービス

発表者:桐石 梢(医療法人朗源会おおくま訪問介護ステーション 看護師)

1-11-7-11 在宅酸素療法患者における生活の捉え方の実態

発表者:野元千香
(国立療養所刀根山病院 看護師)

1-11-7-12 住環境・福祉用具の情報の

共有化について

-デジタルカメラを用いて-

発表者:古米里織(医療法人全仁会へいせい訪問看護ステーション 看護師)

14:46~15:26 座長:小林 泉
(小林病院 理事長)

1-11-7-13 送迎車両事故0件を目指しての取り組み

発表者:藤本修平(医療法人永広会八尾はあとふる病院 事務職員)

1-11-7-14 通所リハビリにおける個別リハビリの目標設定の検討

発表者:大塚 剛
(医療法人板倉病院 理学療法士(PT))

1-11-7-15 転倒既往者の在宅復帰へ向けて ~環境適応に問題があった一症例~

発表者:西原隆志(医療法人清翠会牧病院 理学療法士(PT))

1-11-7-16 患者・家族のQOL向上を目指した退院調整 ~ディスチャージプランニング(DCP)を導入して~

発表者:島村 鼓(国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院 看護師)

1-11-7-17 居宅介護支援事業所におけるスーパービジョンの活用

発表者:中辻朋博(医療法人ペガサス馬場記念病院 介護支援専門員)

物流システム

15:29~16:09 座長:宮川政久
(医療法人誠医会宮川病院 理事長)

1-11-12-18 医薬品情報と在庫管理情報の一元化による薬剤業務改善について

発表者:有村尚子(医療法人財団博愛会博愛会病院 薬剤師)

1-11-12-19 直営施設における院外調理システム構築の一例

発表者:大川 清(医療法人財団石心会狭山病院 管理栄養士)

1-11-12-20 循環器業務における臨床工学技士の役割

発表者:真下 泰(社団法人全国社会保

険協会連合会札幌社会保険総合病院 臨床工学技士)

1-11-12-21 ディスポーザブル手術材料のワンバック化の有効性と経済性

発表者: 風間由美子

(社会福祉法人聖隷浜松病院 看護師)

1-11-12-22 医療材料室開設による材料管理の効果

発表者: 大久保剛 (長野県厚生農業協同組合連合会長野松代総合病院 事務職員)

緩和医療

16:12~17:00 座長: 佐藤清江

(総合病院衣笠病院 看護部長)

1-11-8-23 リラクゼーションへの援助 ~分娩期にアロマセラピーを実施して~

発表者: 滝本智美 (茨城県厚生農業協同組合連合会茨城西南医療センター病院 助産師)

1-11-8-24 手術室看護師のストレスの現状 - ストレスとうまく付き合い業務を円滑に進める -

発表者: 谷口桂子

(医療法人北摂総合病院 准看護師)

1-11-8-25 疼痛緩和に有効な看護独自の介入について

~薬剤による疼痛コントロールが十分行えなかった患者の看護の振り返り~

発表者: 露木裕子

(神奈川県立足柄上病院 看護師)

1-11-8-26 緩和ケア病棟における家族看護の実態 - 看護記録の分析 -

発表者: 山口里枝

(神奈川県立がんセンター 看護師)

1-11-8-27 がん性疼痛看護認定看護師の活動の成果への評価と看護管理組織の支援

発表者: 清水奈緒美 (元 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 看護師)

1-11-8-28 Death サマリーの (内容を分析した結果) 報告と開棟した病棟が抱える問題

発表者: 大畑麻美子 (宗教法人救世軍ブラス記念病院 看護師)

7月3日(土) 第2会場 地域医療連携

15:15~16:03 座長: 南 信明

(総合病院衣笠病院 顧問)

2-2-17-1 名古屋地域におけるローコストを目指した医療情報連携システム (エキサイネット) の構築と強化

発表者: 奥村幸光 (社団法人日本海員保健会名古屋掖生会病院 医療情報管理)

2-2-17-2 継続医療の充実を目指して

発表者: 前千登世 (トヨタ自動車株式会社トヨタ記念病院 看護師)

2-2-17-3 電子カルテシステムを活用した地域医療連携への取り組み

発表者: 大磯真一 (医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院 事務職員)

2-2-17-4 インフォーマル資源の活用による社会復帰支援 ~生活支援サービス WITH・藤沢病院の取り組み~

発表者: 長見英知 (医療法人社団清心会 藤沢病院 ソーシャルワーカー)

2-2-17-5 一般病院における老健・ショートステイ利用による在院日数の短縮化に向けて

発表者: 中西和美 (医療法人全仁会倉敷平成病院 ソーシャルワーカー)

2-2-17-6 当病院における逆紹介の推進について

発表者: 塚本 篤 (医療法人雪ノ聖母会 聖マリア病院 事務職員)

医師の臨床研修、保健医療と自由診療

16:08~16:48 座長: 佐合茂樹

(木沢記念病院 総合企画部長)

2-2-18-7 四病院団体協議会による臨床研修指導者養成過程講習会の実施

発表者: 葛西龍樹 (医療法人社団カレスアライアンス・北海道家庭医療学センター 医師)

2-2-19-8 病院の発展における医事課の役割 ~診療報酬 Q & A の開催~

発表者: 池永あかね (住友重機械健康保険組合浦賀病院 事務職員)

2-2-19-9 変わる医事室 “守りから攻めへの転換”

発表者: 多田喜代子 (医療法人社団神鋼会神鋼病院 事務職員)

2-2-19-10 包括医療支払制度(DPC)に対する脳梗塞クリティカルパスの検討

発表者: 野口久美子 (財団法人脳血管研究所美原記念病院 事務職員)

2-2-19-11 保健診療審査減点に対しての再審査請求の有効性について

発表者: 佐藤 章 (医療法人財団石心会 川崎幸病院 事務職員)

7月3日(土) 第3会場 IT・病歴管理・医療情報管理

9:00~9:40 座長: 金子健史

(社団法人神奈川県臨床衛生検査技師会 会長)

2-3-10-1 JANコード使用の「発注、在庫、集計管理システム」

発表者: 有川良二 (茨城県厚生農業協同組合連合会茨城西南医療センター病院 臨床検査技師)

2-3-10-2 イン트라ネットのホームページを活用した臨床支援

発表者: 坂本由美子 (茨城県厚生連総合病院土浦協同病院 臨床検査技師)

2-3-10-3 当会の3病院、クリニックと検査室のシステム化を経験して

発表者: 原 秀雄 (医療法人総合大雄会病院 臨床検査技師)

2-3-10-4 予約検査の効率化による検査枠の拡大 - 他部署との連携の強化 -

発表者: 中山有加 (医療法人全仁会倉敷平成病院 臨床検査技師)

2-3-10-5 Manage Board™システムを活用したDPCシミュレーション

発表者: 村部健次 (医療法人社団カレスアライアンスニッコー・ヘルス・システム研究所 研究員)

9:42~10:30 座長: 早瀬武雄

(茅ヶ崎市立病院放射線科 技師長)

2-3-10-6 一般X線検査での検査時間測定

発表者：矢野雅彦（医療法人社団カレス
アライアンスニッコー・ヘルス・シス
テム研究所 研究員）

2-3-10-7 放射線科情報システムの短期導入と使用経験について

発表者：小池洋太郎（社会福祉法人恩賜
財団大阪府済生会野江病院 診療放射線
技師）

2-3-10-8 当院におけるPET検査の分析

発表者：小関幸夫（医療法人社団カレス
アライアンス日鋼記念病院 診療放射線
技師）

2-3-10-9 X線単純撮影の原価計算の試み

発表者：伊藤英樹（医療法人社団カレス
アライアンス日鋼記念病院 診療放射線
技師）

2-3-10-10 IT化による放射線業務効率の向上

－ペーセントライトシステムの構築－
発表者：早川 努（財団法人竹田綜合病
院 診療放射線技師）

2-3-10-11 遠隔読影システムの導入

発表者：上野克也（医療法人財団康生会
武田病院 診療放射線技師）

10:32～11:20 座長：高木諭介

（東日本電信電話株式会社法人営業本部 e-
japan 推進部 担当課長）

2-3-10-12 DPC導入における当院の取り組みと課題

発表者：山脇康弘（医療法人若弘会若草
第一病院 事務職員）

2-3-10-13 電子カルテ・オーダリングシステム導入するにあたっての取り組み

発表者：沼尻義弘（財団法人筑波メディ
カルセンター病院 事務職員）

2-3-10-14 病院ホームページは有効な情報源なのか？

－広報と情報提供の観点から－
発表者：齊藤康子（医療法人社団高野会
高野病院 事務職員）

2-3-10-15 当院に来院した患者の選択理由調査とホームページ・Eメールのア**クセス件数の調査について**

発表者：坪 哲也（茨城県厚生連茨城西
南医療センター病院 事務職員）

**2-3-10-16 電子カルテの導入と同時進
行した医事システムの更新**

発表者：佐山順子（財団法人筑波メディ
カルセンター病院 事務職員）

**2-3-10-17 「診療の質・効率に関する
分析や指標化」の試み ー当院電子カル
テの特徴（FMデータベース）を活かし
てー**

発表者：川崎勝彦（恩賜財団社会福祉法
人大阪府済生会野江病院 事務職員）

13:00～13:32 座長：間下信昭

（東名厚木病院 院長）

**2-3-10-18 e-Learningによる新入職
員教育への取り組み**

発表者：中村秀敏（小倉第一病院 医師）

**2-3-10-19 Clinical Pass in WITH
systemを開始して**

－オーダリングでのバス運用－
発表者：島袋剛二（茨城県厚生農業協同
組合連合会総合病院土浦協同病院 医
師）

**2-3-10-20 民間急性期病院における電
子カルテ導入**

発表者：刀山五郎（特定医療法人きつこ
う会多根総合病院 医師）

**2-3-10-21 荘内病院医療情報電子化へ
の取り組み**

発表者：三科 武
（福岡市立荘内病院 医師）

13:32～14:28 座長：山本敏博

（社会福祉法人聖隷福祉事業団理事長）

**2-3-10-22 返戻レセプトの防止という
観点からみた自動再来受付機導入の効果
とその分析**

発表者：池田和晃（学校法人川崎医科大
学附属病院 事務職員）

**2-3-10-23 eラーニングの受講状況と
効果**

発表者：白澤典子
（聖隷浜松病院 事務職員）

**2-3-10-24 医事課業務の効率化と向上
を目指して**

発表者：中上哲也（社会福祉法人大阪府
済生会野江病院 事務職員）

**2-3-10-25 DPCシミュレーションを
用いた診療情報の活用について**

発表者：古川真紀子（医療法人社団カレ
スアライアンス日鋼記念病院 診療情報
管理士）

**2-3-10-26 外来診察患者院内滞留時
間・診療待ち時間自動分析システムの開
発と活用**

発表者：永野泰之（特殊法人名古屋第二
赤十字病院 事務職員）

**2-3-10-27 当院におけるCS向上への
取り組み ーメールサービスー**

発表者：川本麻理子（特定医療法人愛仁
会高槻病院 事務職員）

**2-3-10-28 「入院管理システム」を活
用した効率的な病床管理への取り組み**

発表者：佐々木一尚（医療法人財団博愛
会博愛会病院 事務職員）

14:28～15:08 座長：川又郁夫

（東海大学医学部付属病院診療技術部放射
線技術科 診療放射線技師）

**2-3-10-29 当院における画像観察用シ
ステムの性能評価**

発表者：植木淳子（医療法人財団石心会さ
やま総合クリニック 診療放射線技師）

**2-3-10-30 電子カルテ導入に伴う放射
線情報システムの構築 第1報**

～フィルムレスに向けたRISの構築～
発表者：須山貴之（財団法人聖路加国際
病院 診療放射線技師）

**2-3-10-31 当院の電子カルテ導入に伴
う放射線情報システムの構築 第2報 ～当
院放射線科でのRIS端末画面の作成～**

発表者：有坂義一（財団法人聖路加国際
病院 診療放射線技師）

**2-3-10-32 Web編集による脳血流/心
臓核医学検査データ管理の運用**

発表者：荒田光俊（国家公務員共済組合連
合会横浜栄共済病院 診療放射線技師）

**2-3-10-33 Webを基本とした画像、
Reportingシステムの構築**

発表者：高橋光幸（国家公務員共済組合連

合会横浜栄共済病院 診療放射線技師)

**病院建築・医療設備・
廃棄物処理**

15:08~15:48 座長：馬嶋正剛
(馬嶋病院 院長)

2-3-13-34 起震装置による透析患者監視装置の転倒実験

発表者：中村直樹(静岡県臨床工学技士会 防災ネットワーク委員会 臨床工学技士)

2-3-13-35 臨床工学部の現状と今後の課題について

発表者：上野信一(茨城県厚生農業協同組合連合会総合病院土浦協同病院 臨床工学技士)

2-3-13-36 当院における井水の使用経験について -ライフラインの確保とコスト削減を目的として-

発表者：平山智子(医療法人財団石心会 狭山病院 臨床工学技士)

2-3-13-37 神奈川県医療器機管理に関する調査報告

発表者：小川浩之(神奈川県臨床工学技士会 臨床工学技士)

2-3-13-38 専門性・快適性を求めた医療設備の充実と増改築

発表者：数野佳之(財団法人操風会岡山 旭東病院 事務職員)

15:48~16:28 座長：小室克夫
(財団法人聖路加国際病院 防災委員会委員長)

2-3-13-39 災害拠点病院整備に対する施設管理課の取り組み

発表者：荒井 寿(財団法人筑波メディカルセンター病院 事務職員)

2-3-13-40 中小病院におけるオンサイト発電システム導入による電気料金削減効果

発表者：田村和幸(財団法人脳血管研究所美原記念病院 事務職員)

2-3-13-41 災害医療計画における病院の役割

発表者：河口 豊(広島国際大学 教員)

2-3-13-42 夜間業務における病棟処置室の照度について

発表者：坂元了子
(学校法人北里大学病院 看護師)

2-3-13-43 被災体験を生かした新病院の諸施設について

発表者：後藤義朗(社会福祉法人北海道 社会事業協会洞爺病院 医師)

16:28~17:00 座長：黒河内三郎
(医療法人社団仁恵会黒河内病院 理事長)

2-3-13-44 ME Light を用いた機器管理について

発表者：松浦孝俊(医療法人社団光和会 アルファメディック・クリニック 診療放射線技師)

2-3-13-45 マンモグラフィの観察における室内照度とシャカステン輝度の関係

発表者：藤田圭一(総合病院国保旭中央病院 診療放射線技師)

2-3-13-46 病棟管理室 リフォーム大作戦 ~サービス向上への3つの柱~

発表者：毛利亜希子
(財団法人聖路加国際病院 事務職員)

2-3-13-47 当院における針刺し事故の現状と対策

発表者：清水敏夫(厚生連 JA 長野厚生連篠ノ井総合病院 臨床検査技師)

その他

9:00~9:32 座長：水野嘉夫
(日本鋼管病院 院長)

2-4-20-1 国立ジトーミル技術工科大学における高度医療専門職養成プロジェクト

~日本の臨床工学技士を世界の Clinical Engineering Technologist に~

発表者：北野達也(医療法人天神会古賀病院 21 医療安全管理部 九州大学大学院 医療システム学博士課程 臨床工学技師)

2-4-20-2 ベンチマーク分析を応用した病院経営改善について

発表者：山谷修司(社団法人札幌社会保険総合病院 事務職員)

2-4-20-3 クリニックにおけるソーシャルワーカーの役割と課題

発表者：林 恵子(医療法人財団石心会 さやま総合クリニック ソーシャルワーカー)

2-4-20-4 新生児・小児科入院児の「ひとり親世帯」における社会保障制度の利用割合

発表者：高田靖子(医療法人雪ノ聖母会 聖マリア病院 ソーシャルワーカー)

9:32~10:28 座長：秋吉静子
(横須賀共済病院 看護部長)

2-4-20-5 プリセプター役割の必要度に関する調査研究 -プリセプターと周囲の看護師の、認識の違いを比較して-

発表者：田中有香
(医療法人医仁会武田総合病院 看護師)

2-4-20-6 看護基礎教育における「看護技術の水準」に関する検討

発表者：屋宜譜美子
(川崎市立看護短期大学 教授)

2-4-20-7 看護師等養成「実習病院の条件整備」に関する検討

発表者：近藤佳苗(恩賜財団済生会横浜 市南部病院 看護師)

2-4-20-8 2年生の看護学性が臨地実習に対して抱く思い

発表者：高橋美雪(社団法人八日会都城 洋香看護専門学校 看護師)

2-4-20-9 集中ケアユニットにおける先輩看護師の指導を受けた新人看護師の意識

発表者：黒岩栄子(神奈川県立こども医療センター 看護師)

2-4-20-10 長期リーダー制導入で得たもの

~リーダー残業時間に視点を置いて~

発表者：大須賀裕子
(財団法人聖隷沼津病院 看護師)

2-4-20-11 滅菌物の安全管理をするためのスケジュール管理

発表者：田宮貞子(財団法人筑波メディ

カルセンター 看護業務補助者)

10:28~11:00 座長:水川晴夫
(稲田登戸病院 院長)

2-4-20-12 新採血管準備システム導入と採血室改修による運用効果

発表者:菊地勝恵(学校法人東京医科大病院中央検査部 臨床検査技師)

2-4-20-13 経頭蓋ドブラ法(TCD)による椎骨脳底動脈描出の試み

発表者:坊直美
(医療法人大滝病院 臨床検査技師)

2-4-20-14 当院のマンモグラフィへの取り組み

発表者:大竹昌子(社会福祉法人宇治病院 診療放射線技師)

2-4-20-15 皮膚接触鍼の施術効果

発表者:坂田友加
(医療法人弘道会守口生野病院 鍼灸師)

事務管理(総務・人事労務・財務・教育等)

11:00~11:32 座長:梅津勝男
(社会福祉法人慈生会慈生会病院 事務部長)

2-4-9-16 結核病棟原価計算と医療制度に関する一考察

発表者:鈴木裕大
(財団法人結核予防会 事務職員)

2-4-9-17 レセプト電算システム導入後の問題点(1年経過して)

発表者:植木剛(医療法人社団相和会 洲野辺総合病院 事務職員)

2-4-9-18 DPC導入に向けての準備

発表者:三好俊郎(財団法人大阪府警察協会大阪警察病院 事務職員)

2-4-9-19 神奈川県病院協会調査委員会の活動状況について

発表者:高田仁(社団法人神奈川県病院協会調査委員会 事務職員)

13:00~13:32 座長:中村彰吾
(聖路加国際病院 事務長)

2-4-9-20 ドック移転に伴う跡地の有効活用について

発表者:磯崎康浩(財団法人大阪府警察協会大阪警察病院 事務職員)

2-4-9-21 サービスアテンダント設立に向けての挑戦

発表者:佐藤真由子
(財団法人聖路加国際病院 事務職員)

2-4-9-22 リネンセンターシステムの構築と運用/今後の展望

発表者:酢屋ユリ子(学校法人北里学園 北里大学病院 事務職員)

2-4-9-23 当グループにおける事務部主導の組織横断的活動について ~INTERDISCIPLINARY TEAMの実践~

発表者:麻生浩二(医療法人共愛会戸畑 共立病院 事務職員)

13:32~14:04 座長:辻本勝美
(横浜船員保険病院 看護部長)

2-4-9-24 看護師確保に向けての取り組みについて

発表者:稲吉智美(財団法人筑波メディカルセンター病院 事務職員)

2-4-9-25 看護・介護の臨床研究活動支援はどうあるべきか ~環境改善の有効性の検証~

発表者:下仮屋道子(医療法人おぐら記念病院・おぐらリハビリテーション病院 看護師)

2-4-9-26 当院における看護職のパーンアウトに関する調査報告

発表者:加藤みわ子
(公立陶生病院 看護師)

2-4-9-27 中小規模病院で勤務する看護師の継続教育に関するニーズと行政としての支援のあり方

発表者:森迫京子(大阪府健康福祉部医療・福祉指導室医療対策課看護グループ 看護師)

14:04~14:36 座長:竹田秀
(財団法人竹田総合病院 理事長)

2-4-9-28 インターネット事務用品発注システム導入による業務改善とコスト削減について

発表者:清水一成(財団法人筑波メディ

カルセンター 事務職員)

2-4-9-29 医事業務の効率化 ~超過勤務の大幅削減~

発表者:牛島和義
(熊本整形外科病院 事務職員)

2-4-9-30 当院におけるユニット別管理事務長制の評価

発表者:渡辺透(医療法人雪ノ聖母会 聖マリア病院 事務職員)

2-4-9-31 当院の経理課で行った銀行取引業務の合理化について

~電子媒体を利用した銀行取引の報告~
発表者:中川将(財団法人筑波メディカルセンター 事務職員)

14:36~15:16 座長:川添昇
(医療法人近森会近森病院 常任理事・管理部長)

2-4-9-32 外来患者満足度調査に基づくサービス改善の取り組み

発表者:伊藤静子(総合病院国保旭中央病院 事務職員)

2-4-9-33 市民健康図書館「かりん」の活動を通して

発表者:白井奈々子(医療法人敬愛会ちばなクリニック 事務職員)

2-4-9-34 テレビを利用した病院広報の可能性 ~健康情報番組への協力を事例として~

発表者:三室辰徳(社会福祉法人聖隷福祉事業団法人総合病院聖隷浜松病院 事務職員)

2-4-9-35 患者サービスの一環とした外来患者待ち時間短縮の取り組み事例

発表者:吉澤秀樹(財団法人筑波メディカルセンター病院 事務職員)

2-4-9-36 病院ボランティアの導入と今後の課題について

発表者:窪田蔵人(財団法人筑波メディカルセンター病院 事務職員)

15:16~15:48 座長:寺嶋寿介
(医療法人誠医会宮川病院 栄養科科長)

2-4-9-37 当院栄養部の職員教育の現状とその効果

発表者：太田弘子（学校法人川崎医科大学
附属病院 管理栄養士）

**2-4-9-38 栄養部作業マニュアルと料理
レシピ作成・実施・活用（作業標準化）**

発表者：青野多恵子（特定医療法人胃腸
科・肛門科松田病院 管理栄養士）

**2-4-9-39 系列病院との一体化による業
務改善の試み（第二報）直営方式と委託
方式のメリット・デメリット 患者サー
ビス比較**

発表者：前原美和

（熊本整形外科病院 管理栄養士）

**2-4-9-40 系列病院との一体化による業
務改善の試み（第二報）直営方式と委託
方式のメリット・デメリット コスト管
理比較**

発表者：嶋津さゆり（医療法人熊本丸田
会熊本リハビリテーション病院 管理栄
養士）

15:48～16:28 座長：西村昭男

（医療法人社団カレスアライアンス 理事
長）

**2-4-9-41 医師部門における目標管理
ー連結ピンとしてのDr.リーダー養成プロ
グラムー**

発表者：田中二郎

（株式会社麻生飯塚病院 医師）

**2-4-9-42 診療放射線技師に求められる
技師レベルの検討**

ー基礎教育と人間像についてー

発表者：吉田篤史（学校法人聖マリアン
ナ医科大学東横病院 診療放射線技師）

**2-4-9-43 リハビリテーション病院歯科
における診療補助も取り入れた受付業務**

発表者：小浜智絵（特定医療法人大道会
ポバース記念病院 事務職）

2-4-9-44 患者様対応への根気強い挑戦

発表者：友成小弓（医療法人社団神鋼会
神鋼病院 事務職員）

**2-4-9-45 救急隊勉強会により構築され
た相互理解と信頼**

発表者：織茂和洋（医療法人財団石心会
川崎幸病院 事務職員）

16:28～16:52 座長：秋山みつえ

（茅ヶ崎市立病院 看護部長）

**2-4-9-46 病院ボランティアのエンパワ
メント ー導入1年半のボランティアコ
ーディネーターのはたらきをととしてー**

発表者：小松やよい

（医療法人社団神鋼会神鋼病院 看護師）

**2-4-9-47 コスト委員会を中心とした業
務改善 ーコスト削減に向けてー**

発表者：佐藤ひろ子（財団法人竹田総合
病院山鹿クリニック 看護師）

**2-4-9-48 看護部集合教育の現状と今後
の課題**

発表者：加藤道子（日本赤十字社名古屋
第二赤十字病院 看護師）

**7月3日（土）第5会場
リスクマネジメント**

9:00～9:48 座長：塩原和夫

（新横浜母子の病院 理事長）

**2-5-14-1 医療事故防止に向けての取り
組みー第1報 ーインシデントアクシデ
ントレポートシステムの構築ー**

発表者：藤原秀臣（茨城県厚生農業協同組
合連合会総合病院土浦協同病院 医師）

**2-5-14-2 当院の転倒転落事故の現状と
今後の課題 ー事故報告書を分析してー**

発表者：村上牧子（社団法人全国社会保
険協会連合会札幌社会保険総合病院 看
護師）

**2-5-14-3 要因分析の重要性とひまわり
シェル分析**

発表者：高柳和江（学校法人日本医科大
学医療管理学教室 医師）

2-5-14-4 新しく始めた感染対策

発表者：水原章浩
（医療法人三和会東鷲宮病院 医師）

**2-5-14-5 リスクマネジメントにおけ
る事務部の取り組み**

発表者：白山秀樹（財団法人大阪府警察
協会大阪警察病院 事務職員）

**2-5-14-6 ご意見箱に寄せられた投書を
病院の改善につなげるための取り組み**

発表者：吉岡朝彦

（財団法人聖路加国際病院 事務職員）

9:50～10:30 座長：芦川和高

（大船中央病院分院 院長）

**2-5-14-7 院内での携帯電話使用に関
する検討**

発表者：灘吉進也（医療法人共愛会戸畑
共立病院 臨床工学技士）

**2-5-14-8 医師の安全管理意識を高める
リスクマネージャーと患者相談窓口の連携**

発表者：樋口敦子（医療法人立川メディ
カルセンター立川総合病院 看護師）

**2-5-14-9 当院のリスクマネージメント
における渉外担当者の役割**

発表者：山口敏彦（財団法人筑波メディ
カルセンター病院 事務職員）

**2-5-14-10 診療に関わる患者相談への
組織横断的な対応**

発表者：安齋結子（医療法人立川メディ
カルセンター立川総合病院 看護師）

**2-5-14-11 新人看護師のインシデン
ト・アクシデント報告の要因分析**

発表者：小黒厚子（国家公務員共済組合
連合会横浜栄共済病院 看護師）

10:32～11:28 座長：酒井英洋

（横浜赤十字病院 薬剤部長）

**2-5-14-12 定期検査を要する医薬品の
製薬会社からの情報提供について**

発表者：内藤裕美
（総合病院取手協同病院 薬剤師）

**2-5-14-13 手術室サテライトファーマ
シーの役割と効果**

発表者：油井信明
（長野厚生連佐久総合病院 薬剤師）

**2-5-14-14 簡易懸濁法（新しい経管投
薬法）の導入とリスクマネージメント**

発表者：倉田なおみ（学校法人昭和大学藤
が丘リハビリテーション病院 薬剤師）

**2-5-14-15 処方オーダーリングシステム
導入に伴うリスク回避方法について**

発表者：太田垣昌志
（医療法人財団康生会武田病院 薬剤師）

**2-5-14-16 電子カルテ導入時における
安全管理 ～ Failure Mode and**

Effects Analysis(FMEA)を用いた調剤業務工程の検討～

発表者：阿久澤政美（財団法人脳血管研究所美原記念病院 薬剤師）

2-5-14-17 プレアボイド報告とリスクマネージメント

発表者：岡田樹彦（社団法人神奈川県病院薬剤師会業務検討委員会プレアボイド小委員会 薬剤師）

2-5-14-18 医療機器管理部門の必要性と機能について

発表者：廣瀬 稔（学校法人北里大学医療衛生学部臨床工学 教員）

**13:00～13:40 座長：岡部武史
（厚木市立病院 院長）****2-5-14-19 臨床検査部のリスクマネージメント活動**

発表者：八木和世
（学校法人北里大学病院 臨床検査技師）

2-5-14-20 手術室における読影用診断モニター(RS-251)の精度管理

発表者：釜谷秀美（社会福祉法人聖隷浜松病院 診療放射線技師）

2-5-14-21 放射線科内におけるアクシデント・インシデント削減への取り組み

発表者：相曾紀宏（医療法人社団東光会戸田中央総合病院 診療放射線技師）

2-5-14-22 放射線技術科の各部署における安全管理への取り組み

発表者：神末恵司（財団法人大阪警察協会大阪警察病院 診療放射線技師）

2-5-14-23 CT検査における造影剤副作用報告書の分析

発表者：西尾康孝（医療法人財団石心会狭山病院 診療放射線技師）

**13:43～13:59 座長：平沼高明
（神奈川県医師会 監事、平沼高明法律事務所 所長）****2-5-14-24 医療過誤と刑事事件**

発表者：永山忠彦（特定非営利活動法人医療と法律研究協会 弁護士）

2-5-14-25 都立広尾病院最高裁判決－異状死体届出の届出義務（医師法21条）

発表者：井上清成（特定非営利活動法人医療と法律研究協会 理事／弁護士）

**14:00～14:24 座長：澤井博司
（ざわい病院 理事長）****2-5-14-26 不適正与薬の分析から得た適正与薬に向けた当院の取り組み**

発表者：佐野堅一（神奈川県衛生看護専門学校附属病院 薬剤師）

2-5-14-27 老健職員の役割と施設ケアの再構築 ～胃瘻造設者からの学び～

発表者：水谷まり子（特定医療法人若弘会介護老人保険施設竜間之郷 看護師）

2-5-14-28 安全な注射・輸液管理に指差呼称を導入して

発表者：森田恵美子
（公立陶生病院 看護師）

**14:25～14:57 座長：福留はるみ
（社団法人神奈川県看護協会医療安全推進班 主幹）****2-5-14-29 IVHにかかわるヒヤリハット事例の現状報告**

～再発防止の為に具体策を考える～

発表者：岡田洋子（特定医療法人胃腸科・肛門科松田病院 看護師）

2-5-14-30 医療安全推進の啓蒙－連携業務の工夫－

発表者：大崎陽子
（医療法人財団医道会十条病院 看護師）

2-5-14-31 診察介助におけるヒヤリ・ハットの認識向上への取り組み

発表者：佐々木祐美（医療法人財団石心会さやま総合クリニック 看護師）

2-5-14-32 持続点滴事故防止への取り組み報告

発表者：山中章代（社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院 看護師）

**15:01～15:41 座長：篠原弘子
（川崎市立川崎病院 副院長・看護部長兼務）****2-5-14-33 整形外科病棟における転倒****の実態と予防への取り組み**

～SHELLモデル、KOMIリーダーチャートを用いた分析～

発表者：大島麻紀（医療法人社団カレスアライアンス天使病院 看護師）

2-5-14-34 転倒転落アセスメントシートの有効性の検討 ～転倒転落事故を予見・予防するために～

発表者：福田知里
（医療法人財団康生会武田病院 看護師）

2-5-14-35 転倒・転落防止対策への取り組み ～3階病棟における現状と今後の方向性～

発表者：村田厚子（特定医療法人胃腸科・肛門科松田病院 看護師）

2-5-14-36 転倒転落アセスメント・スコアシート作成の検討 ー過去2年間の転倒転落レポートの分析からー

発表者：村田裕喜江（財団法人新田塚医療福祉センター福井総合病院 看護師）

2-5-14-37 転落防止装置の開発とその成果について

発表者：高橋健次（医療法人社団常仁会牛久愛和総合病院 看護師）

**15:44～16:16 座長：坂田壽衛
（社会保険横浜中央病院 院長）****2-5-14-38 せん妄予測チェックシート作成および使用しての一報告**

発表者：垣畑和美
（医療法人宝生会PL病院 看護師）

2-5-14-39 総合病院における医療安全への取り組み

ー専任リスクマネージャーの役割ー

発表者：林里都子（財団法人新田塚医療福祉センター福井総合病院 助産婦）

2-5-14-40 安全管理巡回実施における一考察 ー安全管理巡回チェックシートを作成してー

発表者：岩本和典（財団法人新田塚医療福祉センター福井総合病院 看護師）

2-5-14-41 地域におけるリスクマネージャーの交流の有用性と展望

発表者：小畑宜寛（医療法人医真会八尾総合病院 専任リスクマネージャー）

16:20~17:00 座長：陣田泰子
(聖マリアンナ医科大学病院 看護部長)

2-5-14-42 当病院における抑制判断基準アセスメント表の作成

～看護師の意識調査を通して～

発表者：妻倉真由美 (東京医療生活協同組合中野総合病院 看護師)

2-5-14-43 身体拘束はなぜ無くならないか (全職種のアナケート調査から分かったこと)

発表者：吉村敏子 (医療法人社団晃進会 たま日吉台病院 看護師)

2-5-14-44 重度痴呆病院における2年間のヒヤリハット状況 (その経過から用紙の検討へ)

発表者：横溝和子 (医療法人社団鵬友会 ほうゆう病院 看護師)

2-5-14-45 看護師によるES (職員満足度) の現状

－モラル分析シートを用いて－

発表者：三木早苗 (石川島播磨重工業健康保険組合播磨病院 看護師)

2-5-14-46 ベットボトルを使用した手指抑制用具の工夫

発表者：二村洋代

(岐阜県立多治見病院 看護師)

7月3日(土) 第7会場
保健・予防活動

13:00~13:40 座長：中野重徳
(相模原中央病院 理事長)

P2-7-1-1 老健施設を併設している病院での入院時におけるMRSA保有率の状況の検討

発表者：奥田裕子

(医療法人穂仁会大滝病院 准看護師)

P2-7-1-2 健康増進施設における介護予防事業について

発表者：草分美也子 (特定医療法人黎明会北出病院 管理栄養士)

P2-7-1-3 乳児股関節脱臼(LCC)の超音波スクリーニング

－当院における取り組みについて－

発表者：浅野真由美 (医療法人社団カレス

アライアンス天使病院 臨床検査技師)

P2-7-1-4 老年痴呆専門病院における疥癬感染防止について

発表者：畑中大介 (医療法人社団鵬友会 ほうゆう病院 臨床検査技師)

P2-7-1-5 生活習慣病(糖尿病)における頸動脈エコーの有用性

発表者：山口益弘 (医療法人社団相和会 測野辺総合病院 臨床検査技師)

13:42~14:14 座長：梅田嘉明
(横浜東邦病院 院長)

P2-7-1-6 禁煙継続への支援

～禁煙サポート外来を始めて～

発表者：白井裕子 (財団法人長野赤十字 上山田病院 看護師)

P2-7-1-7 総合病院に勤務する健康運動指導士による地域健康支援活動について

発表者：今井 優 (医療法人医仁会武田総合病院 健康運動指導士)

P2-7-1-8 すべての医師が担当するための禁煙外来のマニュアル化について

発表者：安田卓二 (札幌社会保険総合病院 医師、禁煙外来小委員会)

P2-7-1-9 病院内全面禁煙実施までのアプローチ

－喫煙対策プロジェクトチームの活動－

発表者：相沢政明

(北里大学病院 薬剤師)

救急医療

14:16~15:04 座長：菊池 格
(鴨居病院 理事長)

P2-7-2-10 当施設における救急救命看護師教育の現状

発表者：渡辺正樹

(医療法人財団康生会武田病院 看護師)

P2-7-2-11 夜間及び休日における特殊検査対応について

－緊急時におけるMRI、特殊CT検査への取り組み－

発表者：勝又 優 (医療法人総合大雄会病院 診療放射線技師)

P2-7-2-12 観血的動脈圧測定用加圧バ

ックの特性と安全性向上の検討

発表者：福村浩一

(総合病院取手協同病院 臨床工学技士)

P2-7-2-13 血栓吸引カテーテル導入による急性心筋梗塞治療の治療戦略及び資材費用に与えた影響

発表者：守田孝志 (医療法人財団石心会 狭山病院 臨床工学技士)

P2-7-2-14 チーム医療における消化器内視鏡技師の役割

発表者：渡部博一 (医療法人財団石心会 川崎幸病院 消化器内視鏡技師)

P2-7-2-15 病院全体・地域全体で構築する小児救急医療体制

発表者：渡部誠一

(厚生連土浦協同病院 医師)

急性期医療

15:06~15:46 座長：植田葉子
(医療法人小林病院看護部 総師長)

P2-7-4-16 手術後の飲水：食事開始時期についての検討

発表者：石黒里佳

(医療法人財団五省会西能病院 看護師)

P2-7-4-17 クリーンルームの清掃方法改善への取り組み

～CDCガイドラインを基本として～

発表者：藤本由紀 (公立学校共済組合近畿中央病院 看護師)

P2-7-4-18 牽引透視手術台使用時における上肢固定の改善

発表者：塚本雪絵 (茨城県厚生農業協同組合連合会 茨城西南医療センター病院 看護師)

P2-7-4-19 ICU対象患者の日常生活援助に関する研究 中堅看護師が行う臨床判断の分析から清潔援助行動の意味を探究する

発表者：山梨伊津子 (社会福祉法人恩賜財団済生会神奈川県病院 看護師)

P2-7-4-20 急性期における高齢者のADL低下予防への取り組み

発表者：中谷慈恵

(医療法人若弘会若草第一病院 看護師)

15:48~16:36 座長：木山 保
(三栄会中央林間病院 理事長)

P2-7-4-21 全麻下手術後の褥瘡予防対策に向けての検討

発表者：丸山聡美（長野県厚生農業協同組合連合会長野松代総合病院 看護師）

P2-7-4-22 中心静脈カテーテルにおけるインラインフィルター使用の妥当性

発表者：石川秀一（日本医科大学附属多摩永山病院 看護師）

P2-7-4-23 大腸内視鏡検査前処置におけるニフレック内服状況調査

ー検査前オリエンテーションの見直しー
発表者：石井春美
(特定医療法人仁厚会病院 看護師)

P2-7-4-24 小児の人工呼吸器使用時の人工鼻による加温加湿の検討

発表者：小林典子（神奈川県立こども医療センター 看護師）

P2-7-4-25 NICU入院患児におけるジゴキシン療法時の血中濃度モニタリング

発表者：石田葉子（医療法人社団カレスアライアンス天使病院 薬剤師）

P2-7-4-26 病棟ADLについて ～病棟ADL加算の算定と看護師との連携～

発表者：小林丈人（JA長野県厚生連小諸厚生総合病院 理学療法士）

7月3日（土）第8会場
亜急性期医療

13:00~13:40 座長：遠藤昌夫
(さいたま市立病院 院長)

P2-8-5-1 がん化学療法における看護師の役割について

ーオリエンテーションを実施してー
発表者：福崎美代子（医療法人大雄会総合大雄会病院 看護師）

P2-8-5-2 股関節手術後の床上安静期間中に生ずる苦痛の探索

発表者：吉村美枝（神奈川県リハビリテーション事業団神奈川リハビリテーション病院 看護師）

P2-8-5-3 栄養科における嚥下訓練への関わり

発表者：大西智子（特定医療法人きつこう会多根脳神経リハビリテーション病院 管理栄養士）

P2-8-5-4 脳血管疾患における経腸栄養プロトコルの有用性の検討

発表者：田内直恵（医療法人財団石心会川崎幸病院 管理栄養士）

P2-8-5-5 嚥下食摂取不良患者の栄養管理

ーソフト食確立に向けての取り組みー
発表者：内山友紀（長野県厚生農業協同組合連合会長野松代総合病院 管理栄養士）

長期医療と介護

13:42~14:22 座長：瀬尾 勲
(西横浜国際総合病院 理事)

P2-8-6-6 ADLが低下した老人を通しての学び ～オムツの離脱を試みて～

発表者：土居真知子
(医療法人旭仁会森病院 看護師)

P2-8-6-7 家族との関係を深めるために

(交換ノートを使用して)
発表者：山本光広
(医療法人西福岡病院 准看護師)

P2-8-6-8 経管投与における問題点の改善

～粉砕調剤の問題点に着目して～
発表者：横田忍之
(特定医療法人黎明会北出病院 薬剤師)

P2-8-6-9 介助入浴者の全身浴と半身浴における身体への影響

～入浴前後の脈と血圧の変動に着目して～
発表者：川端美愛（医療法人財団五省会西能病院 介護福祉士）

P2-8-6-10 マジックテープを用いた転落防止ジャケットの臨床応用について

発表者：渡瀬謙仁
(市立一宮市民病院 医師)

在宅医療・在宅介護

14:24~14:56 座長：川口良人
(神奈川県衛生看護専門学校附属病院 院長)

P2-8-7-11 医療依存度の高い患者の在

宅へ向けての援助過程

～脊髄損傷患者の一事例から～

発表者：太田博子（藤沢市民病院 看護師）

P2-8-7-12 在宅酸素療法患者への効果的な関わりを考える

ー健康度評価の検討ー
発表者：座喜味政代（医療法人敬愛会ちばなクリニック 看護師）

P2-8-7-13 在宅復帰に向けた医療リスクの高い利用者へのアプローチ

発表者：湯田美知（財団法人介護老人保健施設エミネンス芦ノ牧 介護福祉士）

P2-8-7-14 当院での在宅医療に対する臨床工学技士の役割に関する検討

発表者：吉永裕司
(町田市民病院 臨床工学技士)

緩和医療

14:58~15:38 座長：積 惟貞
(財団法人芙蓉協会聖隷沼津病院 理事長)

P2-8-8-15 胃切後患者会の評価・今後の会の在り方への検討

発表者：渡辺朋子
(総合病院取手協同病院 看護師)

P2-8-8-16 患者、医療者の相互交流の場としての音楽療法

発表者：猪瀬留美子（茨城県厚生農業協同組合連合会総合病院土浦協同病院 看護師）

P2-8-8-17 芳野病院（110床）における終末期医療・ターミナルケアの試み

ー高齢患者の延命処置に関する家族の希望を中心にー
発表者：藤本宗平
(財団法人共愛会芳野病院 医師)

P2-8-8-18 タキソール+パラプラチン療法施行患者の末梢神経障害に対する唐辛子入り足浴の効果の検討

発表者：藤田享子（学校法人関西医科大学付属病院 看護師）

P2-8-8-19 病的骨折のリスクが高い患者者が活動制限に適切にいった要因について

発表者：竹内みどり
(平塚市民病院 看護師)

事務管理（総務・人事労務・財務・教育等）

15:40～16:12 座長：辻田征男（医療法人財団石心会 常務理事・事務局長）

P2-8-9-20 外来分離とその効果 ～サテライトの取り組み～

発表者：岡本正太（医療法人財団石心会 さやま総合クリニック 事務職員）

P2-8-9-21 メール便を活用して、郵送経費を削減しよう

発表者：金田賢司（財団法人聖路加国際病院 事務職員）

P2-8-9-22 未収金問題に対する取り組みとその成果

発表者：林 隆子（財団法人新田塚医療福祉センター福井総合病院 事務職員）

P2-8-9-23 外来待ち時間調査を振り返る -外来分離前後を比較して-

発表者：比嘉佳乃（医療法人敬愛会ちばなクリニック 事務職員）

**7月3日（土）第9会場
リスクマネジメント**

9:00～9:40 座長：藤井清孝（北里大学病院 院長）

2-9-14-1 当院理学療法科におけるリスクマネジメントの現状

発表者：樋口美穂（特定医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院 理学療法士(PT)）

2-9-14-2 栄養管理室のリスクマネジメント

発表者：川村美和子（国立病院横浜医療センター栄養管理室 管理栄養士）

2-9-14-3 透析回路固定における安全性の強化

発表者：山田喜久子（社会福祉法人聖隷三方原病院 看護師）

2-9-14-4 透析用血液回路を見直して -安全性、経済性などから-

発表者：菊池康人（長野県厚生農業協同組合連合会小諸厚生総合病院 臨床工学技士）

2-9-14-5 臨床工学技士としての取り組みの現状と今後の展望

～院内医療改革を目指して～

発表者：北野達也（医療法人天神会古賀病院 21 医療安全管理部・九州大学大学院医療システム学博士課程）

患者・家族への指導、教育

9:45～10:17 座長：岩崎七四六（藤沢病院 事務局長）

2-9-16-6 「患者アドボカシー室」における相談内容の検討と今後の課題

発表者：四方克尚（財団法人操風会岡山旭東病院 ソーシャルワーカー）

2-9-16-7 相談窓口へつながらない方々への福祉サービス情報の提供

発表者：安田和明（医療法人社団東光会戸田中央総合病院 ソーシャルワーカー）

2-9-16-8 退院指導実施状況と患者の評価 -退院アセスメント用紙を作成して-

発表者：高見章子（三戸中央病院 看護師）

2-9-16-9 介護保険の導入・活用が必要な患者・家族への効果的な退院指導を目指して

発表者：豊田綾子（医療法人誠医会宮川病院 看護師）

10:20～11:08 座長：関口令安（都立豊島病院 院長）

2-9-16-10 三歳児健診での要精検者の経過について

発表者：佐々木美由紀（社団法人全国社会保険協会連合会札幌社会保険総合病院 作業療法士(OT)）

2-9-16-11 より一層の子育て支援を目指して -こども大学の活動-

発表者：芦内千枝子（特別医療法人真美会中野こども病院 事務職員）

2-9-16-12 内服を嫌がる看児への与薬方法

発表者：嵯峨宏美（東京医療生活協同組合中野総合病院 看護師）

2-9-16-13 化学療法を受ける患児への

絵本を用いたインフォームドコンセント
発表者：菅原滋美（医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院 看護師）

2-9-16-14 障害をもつ児を出産した母親への関わり

発表者：太田さゆり（特定医療法人社団御上会野洲病院 助産師）

2-9-16-15 児を受容できない母親との関わりを振り返り看護介入について考える

発表者：山本佳奈（医療法人宝生会 PL 病院 看護師）

13:00～13:40 座長：織本正慶（医療法人財団 織本病院 理事長）

2-9-16-16 循環器疾患患者のより良い生活習慣獲得への行動変化・継続に関連する要因の分析

発表者：野呂めぐみ（医療法人社団カレスサッポロ北光記念病院 看護師）

2-9-16-17 生活習慣病改善プログラム導入の効果について ～データベースの分析とアンケート調査より～

発表者：内藤友紀（医療法人社団カレスサッポロ北光記念クリニック 看護師）

2-9-16-18 生活習慣病看護外来の効果振り返る

発表者：仲村由美（医療法人敬愛会ちばなクリニック 看護師）

2-9-16-19 当院におけるバースプランの検討 ～産婦のアンケート調査より～

発表者：最上佳代（総合病院国保旭中央病院 助産師）

2-9-16-20 早期母乳育児に取り組んで

発表者：太田京子（医療法人抱生会丸の内病院 助産師）

13:42～14:30 座長：桃田寿津代（横浜総合病院 看護部長）

2-9-16-21 大腿骨頸部骨折クリニカルパスのバリエーション分析

発表者：小久保司（総合病院取手協同病院 看護師）

2-9-16-22 外来化学療法に記録を導入しての看護師の意識や業務の変化について

発表者：鈴木千夏（社団福祉法人国際親

善総合病院 看護師)

2-9-16-23 小規模病院における新入職員100時間ITリテラシー教育

発表者: 隈本寿一

(小倉第一病院 臨床工学技士)

2-9-16-24 患者が求める外来看護

—外来看護相談の内容分析から—

発表者: 秋山悦子

(医療法人清田病院 看護師)

2-9-16-25 日帰り手術における退院後の経過に関する実態調査

発表者: 末永雅栄 (特定医療法人きつこう会総合病院多根病院 看護師)

2-9-16-26 病院看護師と訪問看護師の家族看護への認識と家族への関わり方の違い

発表者: 柴垣てるや

(横須賀市立看護専門学校 看護師)

14:32~15:04 座長: 宮崎忠昭

(長野赤十字病院 院長)

2-9-16-27 糖尿病性腎症の増加を抑制するための質的研究

発表者: 柚木園隆 (医療法人財団石心会川崎幸病院 診療放射線技師)

2-9-16-28 糖尿病2週間教育入院患者に及ぼす他糖尿病患者からの影響

発表者: 赤沼史麻

(国立病院横浜医療センター 看護師)

2-9-16-29 経口糖尿病薬の服用実態調査

—経口糖尿病薬の理解度・コンプライアンスは血糖コントロールと関連するか—

発表者: 添田英男 (医療法人社団力レスアライアンス日鋼記念病院 薬剤師)

2-9-16-30 自己測定血糖値に及ぼす簡易血糖測定器の温度の影響

発表者: 松崎純子 (社団法人全国社会保険協会連合会札幌社会保険総合病院 臨床検査技師)

15:06~15:38 座長: 宮下正弘

(秋田赤十字病院 院長)

2-9-16-31 生活の向上をめざした透析体操

発表者: 小泉育子

(常滑市民病院 准看護師)

2-9-16-32 血液透析患者の体重管理 part II ~体重自己管理表を自分で記入することの効果~

発表者: 岩田美香

(青梅市立総合病院 看護師)

2-9-16-33 SMAP法によるPD導入指導の統一に向けて

発表者: 榎本由美 (東芝林間病院 看護師)

2-9-16-34 腹膜透析導入期栄養指導について

発表者: 秋山好美 (医療法人財団石心会さやま総合クリニック 管理栄養士)

15:39~16:19 座長: 森田雅之

(神奈川県衛生看護専門学校付属病院 薬剤科長)

2-9-16-35 入院患者の内服薬自己管理の実態と分析

発表者: 中井浩代

(医療法人西奈良中央病院 看護師)

2-9-16-36 白内障入院患者に対する当院での薬剤師の指導業務

発表者: 津崎裕美 (公立八鹿病院 薬剤師)

2-9-16-37 入院と薬における自己管理の現状

発表者: 山田章子

(医療法人財団五省会西能病院 薬剤師)

2-9-16-38 薬剤管理指導業務の今後の方向性を探る

発表者: 岸 純子 (特定医療法人胃腸科・肛門科松田病院 薬剤師)

2-9-16-39 病棟における禁煙支援の試み ~スタッフの意識変化を目指して~

発表者: 畑島睦子 (医療法人財団博愛会博愛会病院 看護師)

16:20~17:00 座長: 芦川和高

(大船中央病院分院 院長)

2-9-16-40 軽症脳卒中患者に対する「再発予防教育」の可能性

発表者: 相良貴義

(石心会狭山病院 理学療法士(PT))

2-9-16-41 千葉県地域リハビリテーシ

ョン広域支援センターとしての実働報告

~家族指導教室を中心に~

発表者: 林加奈子 (総合病院国保旭中央病院 作業療法士(OT))

2-9-16-42 後十字韌帯損傷保存療法の一症例

発表者: 坂本 靖 (日本赤十字社名古屋第二病院 理学療法士(PT))

2-9-16-43 育児支援を視野にいたれた栄養指導

発表者: 田中利枝 (特別医療法人真美会中野こども病院 栄養士)

2-9-16-44 入院直後に検査処置を受ける子どもを持つ親への対応 (聞き取り調査による看護師の役割)

発表者: 石津美奈子

(下関市立中央病院 看護師)

**7月3日(土) 第10会場
地域医療連携****9:00~9:40 座長: 小峰建二**

(国際医療管理専門学校 講師)

2-10-17-1 急性期病院からの退院、在宅療養に向けた事務部門の取り組み事例

発表者: 倉川智行 (財団法人筑波メディカルセンター病院 事務職員)

2-10-17-2 当院における医療連携ネットワークシステムの構築と成果

発表者: 池田隆一 (特定医療法人慈泉会相澤病院 事務職員)

2-10-17-3 共同診療システムの充実に向けた取り組み

発表者: 北村茂子 (財団法人筑波メディカルセンター病院 事務職員)

2-10-17-4 地域医療連携の取り組み

発表者: 山本佳弘 (医療法人医仁会武田総合病院 診療放射線技師)

2-10-17-5 地域密着型病院における紹介・逆紹介向上に対する取り組み ~第2報~

発表者: 福永和彦 (社会福祉法人慈生会慈生会病院 事務職員)

9:40~10:20 座長:鈴木 新
(聖隷横浜病院 事務長)

2-10-17-6 共同診療増加への取り組み
発表者:中崎 敬(医療法人ペガサス馬場記念病院 事務職員)

2-10-17-7 病診連携の取り組み
発表者:上野将司(医療法人ペガサス馬場記念病院 事務職員)

2-10-17-8 病診連携推進体制構築の軌跡と今後の取り組み
発表者:上野二郎(国家公務員共済組合連合会横浜栄共済病院 事務職員)

2-10-17-9 救急隊との連携活動
発表者:東海林友美(医療法人五月会小笠原クリニック札幌病院 事務職員)

2-10-17-10 連絡室の活動成果とこれからの取り組みについて
発表者:加藤 創(特定医療法人きつこう会総合病院多根病院 事務職員)

10:20~10:52 座長:齋藤英彦
(国立病院機構名古屋医療センター 院長)

2-10-17-11 長野県におけるHIV/AIDS診療の連携状況
発表者:具 芳明

(長野厚生連佐久総合病院 医師)

2-10-17-12 長期重症患児の就学への取り組み ~地域との連携、家族への支援を通して学んだこと~
発表者:江連真貴

(長野厚生連佐久病院 看護師)

2-10-17-13 満足度『普通』と答えた外来患者の特性

—平成15年度の受療行動調査から—

発表者:成田澄江(国家公務員共済組合連合会東海病院 看護師看護部長)

2-10-17-14 診療報酬改定後の外来機能
発表者:斎藤幸広(藤沢市民病院リハビリテーション室 理学療法士(PT))

10:52~11:32 座長:宮崎瑞穂
(前橋赤十字病院 院長)

2-10-17-15 リハ専門病院としての地

域連携の在り方についての検討
発表者:久松憲明(医療法人恒心会おぐらリハビリテーション病院 医師)

2-10-17-16 高齢者運動機能測定の有
用性 ~アンケート調査の結果から~
発表者:平野真貴子(医療法人社団東洋会池田病院 理学療法士(PT))

2-10-17-17 当院における回復期リハビリテーション病棟の現状

発表者:曾根 理(医療法人社団三喜会鶴巻温泉病院 理学療法士(PT))

2-10-17-18 病診連携による栄養相談の実施について

発表者:市原幸文(社会福祉法人国際親善総合病院 管理栄養士)

2-10-17-19 神奈川県における医療通訳システム化の試み

発表者:沢田貴志(特定非営利活動法人多言語社会リソースかながわ 理事・医師)

医療機能評価・ISO・医療の質

13:00~13:48 座長:大道道大
(大道病院 院長)

2-10-11-20 臨床検査部による病棟採血を開始して

発表者:酒寄祐子(茨城県厚生連総合病院土浦協同病院 臨床検査技師)

2-10-11-21 当院における職務満足度調査

発表者:若杉志賀子
(医療法人栗山会飯田病院 看護師)

2-10-11-22 TQM活動としての死亡症例アンケート調査

発表者:高橋秀史(社団法人全国社会保険協会連合会札幌社会保険総合病院 医師)

2-10-11-23 当院における栄養管理の取り組み

発表者:畑 玲子
(医療法人埼玉成恵会病院 管理栄養士)

2-10-11-24 経尿道的前立腺切除術における5年間のクリニカルパスの使用経験

発表者:岩井哲郎
(医療法人医真会八尾総合病院 医師)

2-10-11-25 ウォーキングカンファレ

ンスを導入し申し送り廃止
~看護の質の向上を目指して~
発表者:大迫 誠
(緑成会横浜総合病院 看護師)

13:50~14:30 座長:真田勝弘
(土浦協同病院 名誉院長)

2-10-11-26 医療訴訟の現場から
~新しい紛争解決法の必要性について~
発表者:藤本幸世(医療法人医真会医真会本部 事務職員)

2-10-11-27 開示を前提とした看護記録の見直しと改善・看護計画の患者、家族への開示と共有化
発表者:鴻巣美佐子

(総合病院取手協同病院 看護師)

2-10-11-28 外来固定チームナーシングの導入

発表者:藤田晴美(財団法人新田塚医療福祉センター福井総合病院 看護師)

2-10-11-29 看護の継続性を図るための看護単位間研修の実際

発表者:藪部敬子(財団法人筑波メディカルセンター病院 看護師)

2-10-11-30 待ち時間短縮にむけての変革的な取り組み

発表者:鈴木美枝子(学校法人北里学園北里大学病院 看護師)

14:32~15:12 座長:村上信乃
(総合病院国保旭中央病院 院長)

2-10-11-31 カーデックスの改良とその成果 ~情報管理ツールを目指して~
発表者:後小路陽子(医療法人社団誠心会萩原中央病院 看護師)

2-10-11-32 看護計画開示6ヶ月の歩みと効果

発表者:長島幸子(茨城県厚生農業協同組合連合会総合病院土浦協同病院 看護師)

2-10-11-33 メールマガジンによる医師向け臨床検査情報提供の試み

発表者:小山田美穂(医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院 臨床検査技師)

2-10-11-34 当院検査科での患者ブラ

イバシー配慮の取り組み

発表者：小田倉章（財団法人筑波メディカルセンター病院 臨床検査技師）

2-10-11-35 CDC/CRMLNによる脂質標準化プログラムに参加して

発表者：玉崎涼子（医療法人若弘会若草第一病院 臨床検査技師）

**15:14～15:46 座長：小島恭子
（北里大学病院 看護部長）****2-10-11-36 病床管理室における一元管理**

発表者：溝田圭子
（医療法人聖マリア病院 看護師）

2-10-11-37 専門職業人としての公共性に着目した当院看護者への意識調査

発表者：山本幸子
（医療法人宝生会 PL 病院 看護師）

2-10-11-38 外来における安全対策と評価

発表者：阿部明香
（医療法人児玉中央病院 看護師）

2-10-11-39 外来化学療法センター開設後の評価

発表者：佐藤真紀子（学校法人北里学園 北里大学病院 看護師）

**15:47～16:19 座長：八木伸一
（杏林会八木病院 理事長）****2-10-11-40 コメディカル部門の組織化と病院作り**

発表者：長田正章（医療法人財団石心会 川崎幸病院 理学療法士）

2-10-11-41 当院のCT撮影時における防護についての報告

発表者：加茂博之
（小牧市民病院 診療放射線技師）

2-10-11-42 高度医療専門職養成プロジェクトにおける臨床工学技士の役割

発表者：江成美絵（医療法人天神会古賀病院 21 臨床工学部 臨床工学技士）

2-10-11-43 病院機能評価付加機能審査（救急医療・緩和ケア医療・リハビリテーション医療）受審時における評価項目の分析・検討

発表者：西村健太（医療法人社団カレスアライアンス日鋼記念病院 事務職員）

**16:20～17:00 座長：川合弘毅
（特定医療法人若弘会 理事長）****2-10-11-44 ISO9001は医療の質向上に有効**

発表者：行本百合子（宗教法人淀川キリスト教病院 事務職員）

2-10-11-45 ISO9001 適用から BSC（バランスト・スコアカード）の導入

発表者：平田一廣（医療法人社団慶友会 吉田病院 法人役員）

2-10-11-46 高齢者にもやさしい食事を目指して

発表者：奥平佳和
（医療法人抱生会丸の内病院 調理師）

**2-10-11-47 日本の看護組織における Total Quality Management 理念の導入に関する方向性とその課題
－ QC サークル活動の組織変革理論的視点からの一考察－**

発表者：中島美津子
（聖マリア学院短期大学 看護学科）

2-10-11-48 血中濃度測定機器無しでの VCM 投与量への薬剤師関与効果

発表者：藤井憲一郎
（医療法人社団熊本丸太会熊本リハビリテーション病院 薬剤師）

科学的な病院経営管理

茨城県立医療大学保健医療学部 教授
「医療情報管理」講師

中村 洋一

医療の分野ではEBM (Evidence Based Medicine), すなわち根拠に基づいた医療がいわれて久しい。病院経営管理においてはどうかであろうか。19世紀末から20世紀の初めにかけて、製造業の分野における経営管理は、それまでの「成り行き管理」からテラー (Frederick W. Taylor, 1856-1915年) によって編み出された「科学的管理」へ移行した。テラーは、一連の作業を細かく分析し、その時間を計測するという客観的な情報の収集と科学的な情報の分析を実施した。また、「職能的職長制」、すなわちラインに対するスタッフの役割を明確にした。このようなテラー・システム、すなわち科学的管理法は、ものを作る、という場面でその効果を発揮したが、その後、第2次産業のみならず、営業や流通業などの第3次産業にも応用され、医療の分野でも看護量の測定などに時間研究が応用されている。

20世紀後半は、コンピュータの出現とその急速な普及により、情報の処理が著しく高度化し、経営のための情報管理の方法も大きく変わった。多くの企業では、目的とする業務を遂行するために、コンピュータを活用した基幹系システムと称される業務系システムを構築し、その後、基幹系システムで収集された情報を活用して意思決定を支援するための情報系システムを構築した。さらに、コンビニエンス・ストアなどでは、業務系システムとしての受発注管理や在庫管理などの基幹系システムと、商品企画・開発などの、いわゆる情報系システムとを統合したPOS (Point of Sales) システム、すなわち販売時点管理システムを構築し、大きな利益をあげている。

医療分野では、政府のe-Japan戦略に基づいた医療制度改革大綱 (2001.11.29.) によって、「電子カルテ・レセプト電算化などの医療のIT化の推進について、目標、時期、国の講ずべき施策をできる限り明確に示しながら、推進する。」としている。本来、電子カルテとレセプト電算化は、病院にとってはどちらも基幹系 (業務系) システムである。しかし、以前に

も述べたが電子カルテシステムに関して日本保健医療福祉情報システム工業会では、その「病院経営への活用」として、「医師、スタッフ、患者病態、診療方法、治療期間、コスト、予後、患者満足度、器材使用度、診療時間、入院日数、診療報酬、職員配置、給与レベル、建物構造、薬剤、試薬、治療材料、給食等の物流条件、予約方法、在庫量、患者待ち時間など、多くの病院経営に関する条件が診療の現場でいかにあるのか、を診療情報の集積と対比し、その関係を解析する。」としている。電子カルテシステムは、医療分野におけるPOSシステム、すなわち病院の科学的経営管理にも活用するものである。

また、電子カルテシステムは、病院内だけの情報システムにとどまらず、コンピュータネットワークにより、地域医療連携を加速する潜在能力を持っている。銀行の情報システムは、当初、本支店間のオンラインシステムから始まって、銀行間の連携システムとなり、さらに、街角やコンビニエンス・ストアに設置されているATM (Automatic Teller Machine)、すなわち現金自動預け入れ払い機によって「ATM返済」などの新たな顧客サービスを提供している。地域医療連携も、単なる医療機関同士の連携にとどまらず、患者自宅からの診療予約や検査結果照会、関連した診療ガイドラインの提示によるインフォームド・コンセントやセカンドオピニオンの支援などのサービスが考えられる。このような医療サービスが有効かどうかは、患者の動向を科学的に分析する必要がある。また、カルテなどの診療情報のみならず、地域や職域などで行われている健康診断などの健康に関する情報も一元管理することにより、予防医学を含めた患者の健康問題に関するサービスの提供も可能となる。

今後の病院経営管理は、電子カルテシステムを基盤とした患者動向などの科学的な分析により、個人の生涯にわたる健康問題に関するサービスの提供など、新しい医療サービスを創出する視点も必要であろう。

平成16年度 第5回常任理事会 議事抄録

日時 平成16年8月25日(水) 午後3時～5時30分
場所 名古屋マリオットアソシアホテル・アイリスⅡ
出席者 (会長) 山本 (副会長) 武田, 池澤, 川合, 奈良, 大井, 村上 (常任理事) 館田, 林, 石井, 梶原, 近藤, 秋山, 天川, 土屋, 渡部, 福田, 邊見, 元原, 土井, 角田, 福井 (監事) 星 (代議員会議長) 加藤 (同副議長) 中藤 (顧問) 中山, 大道, 登内 (参与) 松田, 鴨下, 行天 (委員長) 中後, 齋藤(洋) (第45回日本人間ドック学会長) 高木

定刻となって山本会長から開会の挨拶が行われ、今回は第45回日本人間ドック学会に合わせて名古屋での移動理事会となった旨を説明し、高木弘学会長(JR東海総合病院長)から挨拶をいただいた。会議定足数について、定足数26名に対し本日の出席が22名、委任状4通、計26名で本会議が成立している旨が報告され、議事録署名人に秋山、渡部両常任理事が選出されて、大井副会長の司会により議事に入った。

〔承認事項〕

1. 会員の入退会について

A. 正会員の入会2件

1. 公益法人 野崎病院

(500床：一般12, 精神400, 療養88)

会員名 野崎藤子(理事長)

〒880-0916 宮崎市大字恒久5567

tel. 0985-51-3111

2. 個人 船橋整形外科(42床：一般42)

会員名 道永幸治(院長)

〒274-0822 千葉県船橋市飯山満1-833

tel. 047-425-5585

(紹介者：大井副会長)

B. 賛助会員の入会4件

1. A会員 (株)ナイチンゲール

(人材紹介・派遣業)

代表者 関根富士子(代表取締役)

〒150-0043 東京都渋谷区道玄坂2-8-7

tel. 03-5457-3370

2. B会員 淳風会健康管理センター(医療)

代表者 原一穂(理事長)

〒700-0913 岡山市大供2-3-1

tel. 086-226-2666

3. A会員 GENKI(株)(出版・広告代理店)

代表者 諏訪守(代表取締役)

〒461-0005 名古屋市東区東桜1-9-29

オアシス栄ビル

tel. 052-957-8777

4. B会員 人間ドックセンターウェルネス笹丘(健診センター)

代表者 吉本雅彦(所長)

〒810-0034 福岡市中央区笹丘1-17-29

tel. 092-781-5656

C. 賛助会員の退会2件

1. D会員 原口剛

大分市碩田町3-1-43

2. B会員 (株)セントラルユニ

北九州市小倉北区清水1-13-20

以上、正会員の入会が2件と賛助会員の入会4件、退会2件について大井副会長から諮られ承認された。計、正会員数は2,713病院(公的957, 私的1,756, 総病床数71万2,000床)、賛助会員数は530会員となった。

2. 厚生労働省及び各団体からの依頼について

- (1) 公開シンポジウム「子どもと親が安心して医療を受けられるための医師・コメディカルの役割と協働」の後援（依頼元：小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班）
- (2) 創立20周年記念コージェネレーションシンポジウム2004の協賛（日本コージェネレーションセンター）
- (3) 第16回「国民の健康会議」の協賛（全国公私病院連盟）
- (4) ニューメンブレックテクノロジーシンポジウム2004の協賛（日本能率協会）
- (5) 第26回フード・ケータリングショー／シンポジウムの協賛（同上）
- (6) 第5回厨房設備機器展の協賛（同上）
- (7) 医療ガス保安管理技術者講習会の協賛（医療機器センター）
- (8) 平成16年度医療安全推進週間シンポジウムの後援（日本看護協会）
- (9) 第54回日本理学療法学会の後援（全国病院理学療法協会）
- (10) 医療事故防止センター運営委員会委員の推薦（日本医療機能評価機構）
- (11) 「保健・医療・福祉 Web EXPO」組織委員会委員及びワーキング・グループメンバーの派遣（医療情報システム開発センター）
- (12) 第6回フォーラム医療の改善活動の後援（医療のTQM推進協議会）
- (13) 平成16年度臨床検査普及月間の協賛（日本衛生検査所協会）
- (14) 「医療安全推進週間」の後援（厚労省医政局医療安全推進室）
- (15) ISO／TC215国内対策委員会委員の委嘱（医療情報システム開発センター）

以上について大井副会長から、(1)から(9)まで及び(12)から(14)までの後援・協賛依頼について説明があり承認。(10)については村上副会長、(11)の組織委員会及び(15)については

大井副会長、(11)のワーキング・グループについては山口事務局長をそれぞれ推薦することとした。

3. 人間ドック・健診施設機能評価の認定について

- (1) 牧田総合病院附属健診センター（訪問調査日7/23、パイロットスタディ）

奈良副会長から報告され、人間ドックの機能評価を立ち上げるについて機能評価の方法が適正かどうか勉強しようと、前回までの4施設に続いて牧田総合病院附属健診センターと広島原爆障害対策協議会健康管理・増進センターの2カ所を視察した。両者とも立派な施設で大変感銘を受けたが、後者の施設のほうから人間ドックの機能評価についてはまだ皆さんの理解を得ていないところもあり、もう少し時間をほしいという希望があったので、ここには機能評価の勉強をさせてもらったという旨の感謝状を差しあげることとした。したがって、前回承認の4施設と今回の1施設を合わせ、パイロットスタディの結果として5施設に認定証を交付することとしたと説明があり、承認された。

〔報告事項〕

1. 各委員会、研究研修会の開催報告について

- (1) インターネット委員会（齋藤(洋)理事，8/4）……従来からの委員会事業について検討した。病院視察調査は引き続き実施し、インターネットシンポジウムは第55回日本病院学会で第2回の場を設けてもらうことになったので早急に内容を提案したい。インターネット会議システムは委員会くらいの少人数であれば対応可能ではないかと思うが、費用等を調査し提案したい。

日病のロゴマーク作成については、会員から募集するとかいろいろな案が出たが、ロゴマー

クができた場合の登録とか類似のものと障害がないかどうかという問題があるので、ロゴマークを制作する会社にいくつかの案を作らせ、場合によってはロゴマークの宣伝もかねて会員の方々と常任理事会で投票して決めていくのがいいのではないかということになった。

- (2) 地域医療委員会(林常任理事, 8/10)
……社会保障審議会医療分科会の鴨下会長を迎え、特定機能病院の承認要件が変更されたことについて説明を受け、ディスカッションした。承認要件は病床基準が500床から400床になるなどし、医療分科会の今後の検討課題としては救急医療体制など地域の中核病院としての役割、高度医療に関する研修体制の整備、剖検率の取扱い、電子カルテの導入などが上げられているとされた。委員側からは、特定機能病院といっても一般医療にかかわる医療費は市中病院と同じでいいのではないか、高度医療に対する診療報酬の評価は病院単位でなく特定機能ベッドに対して行うべきであるなどの意見があった。

医療機関の休日・夜間勤務の適正化について、これは平成15年の12月に労働基準局から通知が出ているが、地域によってかなり厳しく指導されているという現状が報告された。特に、複数の医療機関が輪番制を組む場合の当番医の勤務について、所定の労働時間の中に組み込むことが難しく時間外にしなければいけないということになってくると、大都市はともかくとして地方では明るく日休ませなければならないので、閉鎖しなければならない病院が出てくる。こういうことを地域医療との絡みでどう考えていくかということキチッと言う必要がある。医師不足という問題があり、救急をやっているのは圧倒的に病院が多くて、夜本当にヘビーに働いている。東北、北海道の医師がものすごく足りなくて、どうにもなくなっているという事情がある。女性医師のカウンターの問題もあり、国は1回締めて減らしたが、今は増やさないと同じ医師数が保てないので地方では非常に困っている。小児救急も非常に大変で、小児救急を

やると紹介率が減り、病院としての採算が悪いうえに紹介率が悪くなるのでやめるという病院も出ている。そのような問題も考える必要があると思うが、12月までには見解をまとめたたい。

- (3) 病院経営管理者教育委員会(土井常任理事, 8/13)……瀬戸山委員長から冒頭に、本通信教育を今後MBAの教育に近づけたいという山本会長の強い要望があった旨が紹介され、委員会としても高い目標をもって臨むこととした。従来、事務長養成講座として行っていたもので、教科書やレジメ、レポート、試験については講師に依存している部分があり、今後は委員会として作っていききたい。

教育対象として、病院管理の大学や専門学校など他の教育との違いとか、募集についても定員、応募資格など門戸を幅広く開くべきかどうか議論することとした。前期小委員会からの引継ぎ事項で、教科書作成を前提としてまとめているシラバスについて検討した。その他、第26回生の試験がかなり厳しく、落第が多い「医事法規」はレポート提出によって再評価し、受講期のカウントは旧事務長養成課程から通算することとした。

以上の報告の後、山本会長は、これから事務系が病院経営に関与する度合いが非常に大きくなってくると思うと補足し、横浜で国際病院学会が開かれたときに、ヨーロッパ系、アメリカ系の先生方や事務長の方が病院見学で私の病院に来た。最後に議論したとき、病院経営管理者は医者であるべきか医者でないほうがいいかという議論がホットに行われた。大きくいうと、アメリカ系は「もう医者が経営する時代じゃない」「医者はメディカルコントロールすればいい、経営は経営の専門家がいいんだ」というスタンスであり、ヨーロッパ系は「やはり院長は医者じゃなくてはダメだ」「経営の責任者を含めてトップは医者だ」と言っていた。そういう話を聞きながら、大変重要な問題だと認識した。最近では院長とか事務長というのでなく、その上に経営ボードを立ち上げて、そこが責任をもつ

て経営していくという病院も出てきている。そうした意味で、新しい経営の近代化というものを視野に入れた教育をやってほしいとお願いしたと説明した。

- (4) 雑誌・ニュース編集委員会（石井常任理事，8/20）……日病雑誌については10，11，12月号の内容がだいたい決まった。今までの研究会とかシンポジウムのすでに行われた内容であるが、それ以降になると今年は研究会活動を中止しているので、新しい企画を立てることにしている。雑誌の編集は外注を含めてリニューアルしているが、来年の1月号からは表紙も今までのではちょっと古いので、新しくしたいという意向があり検討に入っている。その場合、大きさもA4判にするか今までの大きさでいいかと議論があり、誌名まで変えようかという案もあったが、大きさは収納の問題もあるのでもう少し意見を聞いて、さらに検討したい。ただ表紙に関しては変えようということで、次回までに絞り込んで決定したい。

英文誌『Japan Hospitals』のNo23，2004年版は、どうやら原稿がそろってきたので制作の段階に入った。ただこれも、今までは内部の先生にお願いして英文のチェックをしてもらっていたが、その先生が忙しくてできないということなので、今回からは英文の校閲を含めて印刷する会社に依頼したい。金額的にも大きく変わらないということなのでそういう方向で進めている。日病ニュースの紙面については、これから各委員会と協力しながら企画していこうとしているが、1つのコーナーとして、病院改善をテーマとした投稿を考えている。理事の先生方に順番に、いろいろな病院改善に成功した話や失敗した話、またこう考えているというような、あまり深刻に考えないで読みもの風に書いてほしいということをお願いしたい。

それから、雑誌3月号の「消毒薬クレオソート内服の危険性について」という論文に対して薬品会社から一種のクレームの手紙が来て、内容的に誤った情報があるというクレームである

が、それをちゃんとチェックしていないのが悪いのでちゃんとチェックしろという、こういう抗議文になっている。ただし、これは本当にどこまで内容上の問題で争う気なのかということはいくぶん分からないので、とりあえず雑誌編集室としてチェックは当然であるという答えをしておいた。これに対する反応を待って、内容上のクレオソートの内服それ自身を批判するのはけしからんという意向が強ければ、これはこの論文の著者の方と薬品会社とで論争の場を提供してもいいのではないかということ、しばらく出方を見ようということになった。

- (5) 医療制度委員会（邊見常任理事，8/24）……委員会のテーマである「国民皆保険制度が覆うべき範囲」について、前回に続き議論した。一応の結論が出て、「国民皆保険制度を評価、支持し、人生80年時代に適応した医療保険制度をいかに構築するか」という方向で検討することとした。ただし、保険者と被保険者との関係については、マスコミも一般国民はもちろん、医療従事者にもきちんとした理解が得られていない。本来であれば、保険が覆うべき範囲というのは保険者と被保険者が話し合っただけで決めるものであり、その中に我々医療者が入るとするのは情報の非対称性等があって便宜上入るもので、実際に医療を担当している我々を除外して決めるわけにもいかない。そういう問題も当然としてマスコミに、あるいは広報委員会で一度アピールし、その後に議論をさらに深めていくこととした。

高齢者医療については、昨年1月に我々の前任の委員会が「これからの社会保障制度のあり方についての提言」というのをまとめているので、それを取捨選択しながらやっていこうということになった。病院外来と診療所、特に門前クリニックの問題については、モラルハザード的現象というようなものに対して歯止めを利かさなければいけないという1つの報告書があり、一方で、本当に病院が狭くなって、いろいろなことで門前に診療所をつけるとかプライマリケ

アの充実のために病院の外来を別にするという、本来の目的にそってやっている病院も多いという意見が出されて、両方の意見を尊重しながら進めていくこととした。ただ、この問題はしばらくは取り上げず、継続審議することとした。

平成18年度の診療報酬改定について、12月までにある程度のことをまとめて、来年アクションを起こせという意見をいただいております。栗山委員から日医の診療報酬検討委員会の報告があった。まだ1～2回しか開かれておらず、9月の内閣改造も大きな焦点になっているとのことであった。医療従事者のストレス調査の件は、常任理事の先生方の病院に150部ずつ調査票を送付した。9月いっぱいまでとめる予定とされているので協力願いたい。

- (6) 研究研修会報告……①病院長・幹部職員セミナー（8/5～6大阪、315名。「医療改革の問題点」等特別講演3題、シンポジウム3題、トピックス1題）、②診療情報管理士生涯教育研修会（6/13東京、7/10大阪、7/24福岡、計798名。「緊急特番——DPC導入で診療情報管理士は何を担うか」）、③診療情報管理課程分類法指導者研修会・講師会（8/8～9日病、26名。分類法演習の指導者育成のための研修会）

2. 四病協議会議の開催報告について

- (1) 医療制度委員会（池澤副会長、8/4）……新メンバーによる第1回委員会を開き、平成16年度委員会の検討テーマとして「市場原理と医療制度」「医療計画の見直しと医療提供体制、診療報酬制度等」「地域医療と医療連携」という3点を取り上げることとした。

当面の問題として、厚労省医療課長の「急性期は健康保険で、慢性病床は介護保険で」という発言に対し、老健局は一切関知していないと聞いている旨の報告があった。医療の評価については、世界的に見て何を指標とするかという動きがあるが、1つには世界銀行が出している「WORLD DEVELOPMENT INDICATORS」

があり、またOECDがいくつかの指標を出しているが、そういうことでしか出せないのではないか。死亡率1つとっても非常に難しいことがあり、今後検討していきたい。

- (2) 8人委員会、研修センター（大井副会長、8/13）……四病協研修センターの位置づけについて協議し、全体の組織図を含めてまとめた。そこでは、研修センターは必ずしも8人委員会にぶら下がっておらず四病協自体に直結しており、役員会と各養成・認定事業の4委員会で構成している。これと研修センターの定款を見直して総合部会にかけ、決定したい。9月の日医との懇談会では「小児救急医療のあり方」を取り上げることとした。
- (3) 総合部会（武田副会長、8/18）……厚労省から、「新型インフルエンザ対策の検討小委員会報告」について説明を受け、大規模発生に備えて都道府県や医療機関でも備蓄してほしいと要望もあった。厚労省委員会の「第六次看護職員需給見直し検討会」及び「医療機関等の個人情報保護のあり方検討会」の報告があり、「医療用医薬品の流通改善に関する懇談会」は準備作業会合として開かれたが、病院側として現行の薬価調整幅の2%では管理費として不十分で、薬価は市場実勢価格の加重平均値に消費税率と管理費率と調整幅の和を乗じた値とし、管理費は薬価の8%相当と主張した旨の報告があった。

日医・四病協懇談会について、7/28開催の第1回報告がなされたが、この懇談会の窓口が8人委員会の委員長になっているという点で質疑があった。これについて山本会長から説明があり、8人委員会はもともと総合部会の中にあるので、非常に緊急な案件について相談し結論を出して各会長に了解を求めて提言、発言するというので、対外的には4人の会長の名前で出すというルールで山本が委員長の時々はやってきた。それが今回、対外的な窓口になることは今までの機能と違うのでおかしいと申しあげた。これについて、各団体の意見が1つにはなかったもので、「もしそうするなら8人委員会の

性格をはっきりさせ、委員会の名前も変えたほうがいい」として、どうしてこうなったかの経緯を山本が西澤委員長から聞き、そのうえで四病協として整理したいと述べて了承された旨の説明であった。

そのほか、「資金調達のある方に関する研究報告」と「障害者保健福祉制度と介護保険制度との統合に関する見解」について説明があり、四病協としてこれを発表することとした。全国知事会の補助金削減案問題については次回検討することとした。

「中医協へ病院団体から委員を参画させること」という要望書については、前回の報告のように、全日病の佐々会長に取りまとめを依頼しているが、その後の動きがないので、別途、日病単独で要望提出したという経緯を説明した。これに対し、四病協要望書のその後の扱いについては日医側とのやりとりのなかで、提出しないほうがよいと判断したという説明があったが、日病は病院団体の主体性としてはっきり主張すべきである旨の発言をした。(この後、中医協問題のやりとりがあるが、その内容は協議事項に記載)

3. 日医・医事法関係検討委員会／診療情報の提供に関する指針検討委員会合同委員会の開催報告(8/4)について

大井副会長から説明され、「個人情報の保護に関する法律」が平成17年5月施行が決まっており、個人情報保護法と診療情報提供が絡むということで、日医の合同委員会として開かれた。問題点がたくさんあって、どこまで提供して、どこを提供してはいけないとかいう問題をこれから毎月1回の協議を進めて方針を出すことになっている。

また、個人情報保護法のなかでは特定個人情報保護団体の認証というのが、これから実際に法が施行されるまでにできあがってくる。日病がそういう団体を取得するかどうか、それで日病の会員を保護するかどうかということもいずれ問題になると思う旨の報告。

4. 厚生労働省等からの通知について

- (1) 8/13付、厚労省医政局長から都道府県知事あての「いわゆる『出資額限度法人』について」の通知文書について紹介。

5. 診療情報管理士の現況調査について

大井副会長から、診療情報管理士が現在8,000人を超えて延べ8,419名いるが、その現況調査がほとんど行われていないので今回8/31まで期限を切りアンケート調査を行っている。データが集まり次第報告する旨の説明。

6. その他

- (1) 日本医療機能評価機構・改定部会の開催報告(8/23)……大井副会長から、評価機構の改定部会で審査体制区分による評価の適用範囲の説明会が行われた。現在、医療機能評価のバージョン4.0を5.0に変更する作業を進めており、ケアプロセスが領域の5に統括されたり外来部門も評価対象になるなど大幅に変わっている。

この評価項目について、「自己評価しなくてもいい」という部分と「してもいいが評価の対象にしない」という項目があり、この変更(案)について各病院団体の意見を9/10までに出してほしいという説明会であった。全体として、バージョン4.0から5.0になると、かなりその項目が減っている。9/21の改定部会で決めるので意見があればお願いしたい。来年8月からは全部この5.0でいくことになっている旨の報告。

- (2) 第3回ライフサイエンス研究におけるヒト遺伝情報の取扱い等に関する小委員会、第2回医学研究における個人情報の取扱いのあり方に関する専門委員会、第2回個人遺伝情報保護小委員会、3省委員会の合同開催報告(8/20)……武田副会長から説明され、文科省、厚労省、経産省がそれぞれ扱っている委員会で、個々にやっていたは縦割りで変なものができるので3省合同で集まったものである。

「遺伝情報等の個人情報保護を中心とする研

究における倫理上の諸課題への対応について検討する」のが目的で、具体的には、すでに告示されている「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」を中心とした研究に係わる倫理指針の見直しについて議論することである。それぞれ回数が違うが、法学的、法律的な考え方が先行している旨の報告。

【協議事項】

1. 中医協の病院団体代表問題について

四病協総合部会の報告のなかで、「中医協へ病院団体から委員を参画させること」という日病提案の要望書の扱いについては、全日病の佐々会長が日医側とのやりとりのなかで提出しないほうがよいと判断したという説明がなされたのに対し、日病は病院団体の主体性としてはっきり主張すべきであると発言した旨の報告が行われた。

これについて山本会長から説明があり、この問題は大変大きな問題だと思っている。中医協の問題が起り、その後の総会のときに厚労省から大きく見直ししようというメモが回って、そのなかに、「例えば患者さんの代表や病院の経営者の代表も入れて、広く審議できるようなことも検討しなければいけないのではないか」という文章が出た。それを踏まえて、今まで日病は諸橋先生以来中医協に入れろ入れろと言ってきたわけだから、このチャンスに四病協として、医師会の5人枠とは別に病院団体の代表を出して、発言の場がほしいというアピールをするべきだと申しあげ、日病で案を作って四病協で検討してほしいと言っていたときに病気で入院してしまい、ちょうど担当が全日病であったので佐々会長がそれを受けて検討するということになったと、これまでの経過を振り返った。

続けて会長は、これについては6/16、日医の植松会長のところに行き、医師会としては当然、

病院団体でそんなことをやってもらっては困るよということを使うだろうと分かっているから、ただ、病院団体として我々は我々のアイデンティティがあるのでこれは主張させてほしい。我々はこういうメモが出ている以上、何かアクションを起こさなければ「病院団体は何もいないのか」と言われたのではどうしようもないから、ぜひ出してほしいと申しあげた。その先のことは、先ほど言った担当の佐々先生に任せるということになったようだが、日医に行って三副会長と相談したとき、こういうときに出すのは卑怯ではないかとかいろいろあったらしいが提出しないほうがよいと判断したということを知り、それは困ると、もし四病協でできないなら日病だけで出すと即座で作って、それを出したわけである。

この問題で、四病協で思い切ってやると喧嘩になりそうな雰囲気もあるが、日病として日病の立場を主張することは重要なところで、それを最初から医師会に入って、医師会の中で主張していくのはいかがなものかと思っている。実は、昭和32年10月21日付の厚生省保険局長から日本医師会長にあてた中医協関係の書類が出てきて、ここには最初から日本病院協会という、日本病院会の前身の協会の名前で中医協に出ている。それが甲表、乙表のときに大もめにもめて、病院団体は甲表で、医師会は絶対乙表一本だと、こういう話でもめたときに結局そこで辞める、辞めないになって今に至っているという、病院団体が団体として出ないという歴史的な事実もわかった。もともと入っていたということである。

そういうことを踏まえて、やはり病院団体として主張すべきは主張すべきではないかと考えている。これは非常に大きな問題なのでぜひ役員の方の意見を伺い、その方向で動きたいと考えているとして、各理事の発言を求めた。

これに対して各理事からは、強気強気で行くよりも実を取れ（福田常任理事）。病院における職種の多さや専門性あるいは医療費、手間ひま、リスク、いろいろ言うときりがなく、これを国民レベルでやるべきだ（邊見常任理事）。医師会の枠

の中に病院団体の枠をつくるとしても、大事なことはその中医協の場で意見を言っているのかどうか日医に確認しておくことだ(梶原常任理事)。日本の医療の本格的なところは病院でありそのなかで日病である。あまり妥協せずに主張してほしい(登内顧問)。中医協の組織の欠陥は支払側委員のなかにはっきりした患者代表がおらず病院代表がなく、運営のなかに非常に独断的な仕方がある。これをはっきり変えなくてはいけない(福井常任理事)。日病の声明を自民3氏に届けたとき、日本の医療費の75%は病院で使われ日病には90万人の職員が働き、中医協を抜本的に変えるには患者代表として全日本老人協会の副会長の見坊さんのような方、それから医師、看護師、その他職種の病院の職員代表として日病から人を入れるべきであると言ってきた(奈良副会長)。

以上のような意見が各理事から出たが、山本会長はさらに、この問題は日医と対立関係になるとかそういう話ではない。現実には植松先生が会長になってから、日病あるいは病院団体に対して今までの話し合いは不十分であり、もっと本音で話し合わなければいけないと言われて、日本病院学会にも大阪での病院長・幹部職員セミナーにも出ていただいた。こういうところは非常に大事な部分で、話し合いをしていくことは重要だが、それを踏まえてこれからどうやっていくかということであると補足し、大道顧問からは、今言われたとおり執行部も変わったことだし、何も遠慮する必要はない。これを言ったから喧嘩になるとかそういう時代でなく、客観的に考えても今言わないと言えなくなるのではないかと述べた。

さらに、土屋常任理事からは、先ほど会長が言われたなかの、病院協会から病院会になったときに、大変な苦汁を飲まされたのは神奈川県で、その現場にいたが、今皆さんの話を聞いて何かその時のことを思い出すが、30年経っても全く病院会は変わらないのかと感ずる。日病だけでやる手もあるかもしれないが、また1人ぼっちになるのではないかと思う。できれば執行部で、四病協でじっくり話をし、「この機を外したらないよ」とい

うことで、今はすごく大事なチャンスだと思う。ぜひ四病協でじっくり話をし、日本中の病院団体がまとまった意見として出してくれないと、誠心誠意四病協で話し合いして、それでもダメかというところまで話してほしいと述べた。

続けて、川合副会長からは、日医と病院団体の一番のすり合わせ点は機能分化、地域連携であり、病院は入院一本槍、救急一本槍で行くということ宣言して、日医のバックアップをもらう。もともと日病が中医協の委員だったものが我々のもとに戻ってくるという古い考え方でなく、新しく中医協という名前かどうか知らないが、一緒に日医とつころうというぐらいの心持ちでかかればそんなに怖れることはないと思うと述べ、村上副会長からは、病院は入院医療に特化すべきというのは正論だが、実際に地域医療で地域の住民の健康を守るということが病院の務めだから、うちは外来は診ませんと約束することはできないという発言もあった。

山本会長は、時間も迫ってきたしほかにも議題があるので、これはここで終わりにしたいが、今の結論として「日病としては病院団体として、しっかりしたスタンスで主張していく」ということで賛成の方は拍手をお願いしたいと求めて全員の拍手を得、さらに「その先は、細かいことがいろいろ出たので、どういふかたちでやるかということとはまた相談するが、基本的な線は病院団体として主張していくということがはっきりとしたと理解している」と議論をまとめた。

2. 医療費、医療制度、医療保険制度について

武田副会長から、「急性期入院はDPC適用になるのか」という問題について各理事の意見を求めた。川合副会長は、平成18年の診療報酬改定で急性期の包括医療がいったいどのくらいに行くのか。DPCはまだ一部出来高の部分が上に乗っているが、あるいは我々会員がそれを是とするのかしないのかという議論からやっついていかないとならない。しかし、包括化は時の流れという思いであると述べ、梶原常任理事は、OECDの指標やGDP比医療

費をみると、日本では本当に医療現場がどれだけ過酷な労働条件のなかで働いてきたか。今の入院基本料を計算すると全然コストオンできてないし、そういうなかで病院経営することが強いられているわけで、今度の診療報酬はエビデンスに基づいてDPCの方向でキチッとオンコストになるようお願いしたいと述べた。

池澤副会長は、今度手上げて7月からDPCに入った。7月の経営分析をした結果、入院期間の1と2で91%、実際は7/1以前に入院した患者は今までの方式でやっているから、8月、9月に入ると正確なパーセントが出てくると思う。特定機能病院では1と2で95%ぐらいは覆い得としている。それで結果だけいうと5.2%のアップ、これはコスト計算をすべて含めてのアップである。大学病院等はこの1年間、平均で診療報酬として3%アップ、あとはコストの面で2%出したという話も聞いている。医師の診療態度も見たが、いい悪いは抜きにして、入院患者に対してなるべく退院できる状態というものを考慮するという努力はなっただと思う。抗生物質等についても、慎重に検討しながら後発品を含めて検討するという姿勢が変わっているということはあるなどと述べた。

また、粗診粗療の心配に対しては、それをやると結局退院が長引いてしまうとしたが、川合副会長からは「粗診粗療は起こりませんか」という質問がよく起こるが、一度それをやると患者さんが来ない。だから、粗診粗療をやったらだれかお上が怒るのでなく、患者さんが来ないことのほうが怖い、包括はそうだと思うと述べた。

松田参与は、私どもの厚生年金病院が7つあるがDPCに入るのはまだ決めてないとし、もともと大学病院だけに適用したものが今回広がった。そのきっかけは、DRG/PPSの10病院の試行をやって5年で終わるとき、半分以上の病院が元へ戻ったらどうしようもないと。それでDRG/PPSをやらないならせめてDPCの仲間に入れてくれと言って医療課が認め、しかし10病院だけではということでも拡大した。全社連は半分以上、30いくつも参加しており、そのほうが経営的にもいいと参

加しているが多くは本部の命令であり、厚生年金も社会保険病院も風当たりが強く、社会的な使命を全うするとかお国に協力するという位置づけで生き残るべきではないかということである。今度ぜひ確認してもらいたいのは、手上げ方式でいくのか一定の条件をセットするのか、ある期限を切ってこれで終わりというのか、よく見えてこない。そのへんがこれからの注意事項と思うと述べた。

福田常任理事からは、中小病院の立場からみると、何かよその国の話を聞かされているような気がするとして、将来厚労省は何を考えているのか。何か係数があって、どの特定機能病院も増収であり、厚労省が何か始めようというときは非常に甘い露を出して勧誘し、それで2~3年経ったらガタンと落ちる。それで病床を減らすのだろうが、これが将来とも全部中小病院にも及ばなくては意味がない。大病院だけに行くと、その関係からすると中小病院は非常に不安であると述べた。

川合副会長は、ドイツではDRG/PPSになって2年経ち、イタリアもどうもDRG/PPSになっただけだが、ドイツでは病院の数がグッと減った。小さい病院が合併なり廃院になっていると述べ、土井常任理事は、162床の中小病院でDPCに参入したが、出来高払いではおそらく医療の質は良くならない、国家事業だからやろうということでも参入した。厚労省の目的はやはり病院を減らすことではないかと思う。中小病院を減らして、できないところは慢性期をやるか廃院するか。残ればそこにお金が集まるように仕向けているのではないか。出来高から包括という流れで、アメリカ風のDRGにならないように日本的なDPCにしていくということであろうが、非常に複雑なところであると述べた。

以上のような議論がなされて武田副会長はこの項を終え、大井副会長から閉会の挨拶が行われて常任理事会を終了した。

(日本病院会事務局 広報部)

感染症対策委員会からのお知らせ

感染症にかかわる最新の情報は、国立感染症研究所「感染症情報センター」info@nih.go.jpに問い合わせ下さい。(日本病院会のホームページからもリンクしております。)

■主な機能

1997年4月国立予防衛生研究所は「国立感染症研究所」と名称変更になった。それに伴って、感染症情報センターが発足した。

主な機能は、①感染症サーベイランスデータの集計、感染症情報の収集、解析、その情報の国民への提供、②外国の感染症機関との情報交換、③感染症集団発生の疫学調査、およびそれを実行する専門家の養成、④感染症予防制御戦略の研究、および提言等である。

■組織と機能

感染症情報（患者情報、病原体情報、血清疫学情報）の収集と分析・提供、感染症対策に関する立案、実施、疫学専門家の養成、病原体診断およびその技術の講習、およびこれらをより有効に実施するための研究を、感染症情報センター内6室が共同で行っている。

※感染症情報センターの連絡先

〒162-8640 東京都新宿区戸山1-23-1 TEL 03-5285-1111

診療情報管理課程通信教育第66期生の募集について

1. 開講月日 平成17年1月1日
2. 申込締切 平成16年11月30日(火)(必着)
3. 申込方法 申込用紙, 履歴書(写真貼付)等に必要事項をご記入のうえ, 日本病院会事務局までご送付ください。(※)
4. 修業年限 2年(基礎課程, 専門課程各1年)
5. 受講料 基礎課程及び専門課程とも1年 100,000円
6. 募集定員 1,000名(先着順)

①基礎課程の受講資格について

- ・原則として短期大学または専門学校卒業以上の学歴を有する者。ただし, 現在, 病院に勤務している者は当分の間, 高卒者でもよい。

②専門課程の編入資格について

- ・医師・看護師(准看護師を除く)及び当会が指定する専門学校生のうち基礎課程認定試験合格者。

※申し込み用紙等については, 当会より指定した用紙がありますので, 日本病院会通信教育課までお問い合わせください。履歴書については, 市販のものを使用する。

【連絡先】〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3

TEL 03-3265-1281 FAX 03-3265-1282

日本病院会通信教育課

日本病院会雑誌

第51巻第11号 2004年11月1日発行(毎月1日発行)

頒価1,200円(会員の購読料は会費の中に含まれます)

発行所 社団法人日本病院会

〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3

電話: 03-3265-0077(代) FAX: 03-3230-2898

<http://www.hospital.or.jp>

発行人 山本 修三

編集人 星 和夫

編集協力 (株)美和企画(東京都渋谷区南平台町12-6 電話: 03-3496-6751(代))

印刷・製本 日本平版印刷(株)(東京都文京区小石川4-3-6)

本誌の転載・複写についてはあらかじめ許諾をお求めください。